

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600

UMI[®]

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**ÉVALUATION FORMATIVE DU PROGRAMME DE PROMOTION ET
DE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL DE
L'HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS**

Par SYLVIE JETTÉ

**Mémoire présenté à la Faculté de Médecine
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences
En sciences cliniques (sciences infirmières)**

Mai 1999



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-56919-5

Canada

Composition du jury pour l'évaluation du mémoire

Denise St-Cyr Tribble, Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Co-directrice du mémoire.

Denise Paul, Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Co-directrice du mémoire.

Hélène Payette, Professeure agrégée, Directrice des programmes des sciences cliniques, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Linda Lepage, Doyenne de la faculté des sciences infirmières, Université Laval

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
AVANT PROPOS.....	x
INTRODUCTION.....	1
 CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	 3
1.1 Situation de l'allaitement aux États-Unis et au Canada.....	4
1.1.1 Avantages de l'allaitement maternel	8
1.1.2 Soutien à l'allaitement.....	12
1.2 Contexte de l'étude.....	15
1.3 But et objectifs de l'étude.....	18
1.4 Pertinence de l'étude.....	20
 CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS	 23
2.1 Facteurs qui influent sur la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement.....	24
2.1.1 Facteurs d'ordre sociodémographique.....	24
2.1.2 Facteurs d'ordre psychosocial.....	26
2.1.3 Facteurs liés au soutien.....	34
2.1.3.1 Soutien du réseau informel.....	35
2.1.3.2 Soutien du réseau formel.....	36
2.1.4 Facteurs liés aux pratiques hospitalières.....	47

2.2 Programmes de promotion et soutien à l'allaitement au sein.....	54
2.2.1 Programmes couvrant une partie de la période périnatale.....	56
2.2.2 Programmes couvrant l'ensemble de la période périnatale.....	65
 CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....	68
3.1 Devis de l'étude.....	69
3.2 Variables à l'étude.....	70
3.2.1 Variable principale.....	71
3.2.1.1 Planification et implantation du programme de BMP	72
3.2.1.2 Description du programme de BMP	75
3.2.2 Variables secondaires.....	81
3.3 Déroulement de l'étude.....	83
3.3.1 Source des données.....	83
3.3.2 Procédure de l'enquête de 1996	84
3.3.3 Instruments de l'enquête de 1996.....	85
3.3.3.1 Questionnaire d'enquête téléphonique	85
3.3.3.2 Grille de collecte des données lors du séjour hospitalier.....	87
3.4 Considérations éthiques	87
 CHAPITRE 4 TRAITEMENT, ANALYSE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	89
4.1 Étapes de l'analyse qualitative de contenu.....	89

4.2 Résultats de l'analyse qualitative	93
4.2.1 Motivations à allaiter	93
4.2.2 Raisons de l'arrêt de l'allaitement.....	96
4.2.3 Facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement	97
4.3 Analyse statistique descriptive.....	99
4.4 Résultats de l'analyse statistique descriptive.....	100
4.4.1 Profil des motivations à allaiter.....	101
4.4.2 Profil des raisons de l'arrêt de l'allaitement	102
4.4.3 Profil des facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement.....	104
4.4.4 Satisfaction liée à l'expérience d'allaitement	105
4.4.5 Durée de l'allaitement.....	106
 CHAPITRE 5 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	110
5.1 Discussion sur les résultats.....	110
5.2 Forces et limites de l'étude.....	121
5.3 Implications pour la pratique	123
5.4 Recommandations pour la recherche.....	128
 CONCLUSION	132
REMERCIEMENTS.....	133
RÉFÉRENCES	134

ANNEXES

Annexe I	Résumé du code international de commercialisation des substituts du lait maternel.....	142
Annexe II	Questionnaire aux intervenantes et intervenants	143
Annexe III	Tableau synthèse des réponses aux questionnaires Automne 1994.....	144
Annexe IV	Grille de collecte des données sur l'allaitement lors du séjour hospitalier.....	145
Annexe V	Questionnaire d'enquête téléphonique 1996.....	146
Annexe VI	Lettre d'autorisation de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins.....	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Étapes de planification et d'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de l'hôpital BMP.....	73
Tableau 2	Catégorisation de la rubrique: Motivations à allaiter.....	95
Tableau 3	Catégorisation de la rubrique: Raisons de l'arrêt de l'allaitement ...	97
Tableau 4	Catégorisation de la rubrique: Facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement.....	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Motivations à allaiter.....	102
Figure 2 Raisons de l'arrêt de l'allaitement.....	103
Figure 3 Facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement.....	104
Figure 4 Satisfaction liée à l'expérience d'allaitement.....	105
Figure 5 Durée de l'allaitement	106
Figure 6 Satisfaction de l'expérience et durée de l'allaitement.....	107
Figure 7 Évolution du taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital BMP	109

RÉSUMÉ

Évaluation formative du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de l'hôpital Brome-Missiquoi-Perkins.

Université de Sherbrooke

Par Sylvie Jetté

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine en vue de l'obtention du grade de Maître es Sciences cliniques (sciences infirmières).

Mai 1999

Différents facteurs influent sur l'expérience d'allaitement des femmes, dont la présence d'un réseau de soutien formel qui facilite, encourage et soutient l'allaitement. Le rôle des professionnelles et des professionnels de la santé, et particulièrement celui des infirmières pendant la période périnatale, peut être déterminant dans l'expérience d'allaitement des mères. D'ailleurs des études ont démontré l'effet positif d'interventions de soutien par les professionnelles et professionnels de la santé sur le taux et la durée de l'allaitement. Cependant peu d'études ont été réalisées sur des programmes intégrés, c'est-à-dire comportant plusieurs volets d'interventions et impliquant différents types de professionnels. Cette étude pilote vise à analyser les données d'une enquête antérieure effectuée auprès de femmes ayant accouché dans la région de Brome-Missiquoi, dans le but de réaliser une évaluation formative du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel développé par les infirmières en collaboration avec différents partenaires. Deux cent soixante seize mères ont participé à l'enquête téléphonique réalisée en 1996. Dans la présente étude les données de cette enquête ont été traitées de deux façons. Une analyse catégorielle de contenu a été effectuée pour les réponses aux questions ouvertes et une analyse statistique descriptive pour les aspects quantitatifs. Bien que le devis utilisé ne permet pas de relier ces deux phénomènes, il a été constaté lors de la recherche, que le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital a évolué de manière remarquable dans la période suivant l'implantation du programme, passant d'un taux de 45% avant le programme en 1994, à 80% en 1997. Le taux de satisfaction de l'expérience d'allaitement est également élevé suggérant un impact possible du programme de Brome-Missiquoi-Perkins. Les résultats sont examinés en lien avec les écrits sur le sujet, et permettent de dégager des recommandations pour la pratique ainsi que des avenues pour la recherche.

AVANT-PROPOS

Les dernières années ont été fructueuses en terme d'études démontrant la supériorité du lait maternel comme mode d'alimentation du nourrisson, ainsi que les avantages pour la santé des mères. Cependant au Québec, seulement 47.7% des femmes allaitaient leur enfant selon les plus récentes données (Levitt et Hanvey, 1995). Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux facteurs influant sur le choix et sur la durée de l'allaitement, mais nous avons peu d'études évaluatives sur les programmes mis de l'avant pour promouvoir et faciliter l'allaitement au sein. Le but de cette étude est de réaliser l'évaluation formative d'un programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel, implanté par l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, en Montérégie au Québec. À cet effet, les données d'une enquête pilote réalisée en 1996 auprès de la clientèle du Pavillon des naissances de cet hôpital ont été utilisées.

Le besoin de documenter le programme a été ressenti par les membres du comité responsable de son implantation, suite aux effets observés chez la clientèle après la mise en œuvre du programme, et pour répondre aux nombreuses demandes de milieux intéressés par le projet.

Un article paru dans la revue de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (Jetté, 1997) sur l'expérience de BMP et un reportage à l'émission télévisée "Découverte" à Radio-Canada, ont contribué à la diffusion du programme de promotion et de soutien à l'allaitement et suscité une demande inattendue sur le contenu et la démarche employée pour atteindre les objectifs visés.

La démarche préalable à l'implantation du programme et une description de ce dernier font partie du contenu de la présente étude. Les facteurs de succès du programme de promotion et de soutien à l'allaitement sont d'ailleurs intimement liés au fait que ce sont les intervenantes et intervenants du milieu qui ont entrepris la démarche et mené le projet à terme. La concertation inter établissement a également contribué à sa popularité. Les résultats rapportés dans notre étude viendront, nous l'espérons, appuyer la pertinence d'instaurer de tels programmes au Québec pour promouvoir l'allaitement et soutenir les mères qui allaitent.

INTRODUCTION

De nombreuses études démontrent l'importance de promouvoir l'allaitement au sein dès le début de la grossesse, et le rôle important que peuvent jouer les professionnelles et professionnels de la santé dans le soutien de l'allaitement maternel. Pour être aidant, ceux-ci doivent cependant transmettre des informations justes et cohérentes. Les programmes de promotion et de soutien à l'allaitement, parce qu'ils incluent une formation de base, sont des outils intéressants à mettre en place pour, d'une part, augmenter le taux d'allaitement maternel au Québec et d'autre part pour rendre l'expérience des mères la plus positive possible. Pour ce faire, la concertation entre les intervenantes et les intervenants travaillant avec cette clientèle est essentielle. Suite aux constats que le programme à l'étude possède ces caractéristiques et laisse entrevoir des résultats prometteurs, une évaluation formative de ce dernier s'est avérée indiquée.

Afin de mieux situer notre étude, le premier chapitre présentera d'abord la problématique entourant l'expérience de l'allaitement maternel. Nous y discuterons également de la pertinence sociale, pratique et scientifique de notre recherche et terminerons par le but et les objectifs de l'étude.

Le deuxième chapitre sera consacré à la recension des écrits sur les facteurs influant sur l'expérience de l'allaitement ainsi que sur les études empiriques réalisées sur des programmes de soutien à l'allaitement maternel.

Les aspects méthodologiques de la recherche seront décrits au chapitre trois et les résultats de l'analyse présentés au chapitre quatre. Le chapitre cinq servira à la discussion des résultats obtenus et à leur mise en lien avec les études antérieures, ainsi qu'à la formulation de recommandations pour la pratique et pour la recherche.

CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE

La lactation est l'étape finale du cycle reproducteur et si rien ne vient contrarier cette programmation biologique prévue pour assurer la subsistance du nouveau-né, le sein devient, pour ce dernier, la continuité biologique fournissant un aliment d'une qualité incomparable et parfaitement adapté à ses besoins. Mais l'allaitement maternel est plus qu'un mode d'alimentation. Les éléments uniques qui composent le lait maternel favorisent le développement optimal du bébé, le protègent contre différentes maladies. De plus, l'allaitement permet l'expression d'une relation particulière entre une mère et son nouveau-né. La proximité physique que procure l'allaitement favorise le développement d'une relation affective de grande intensité.

Des femmes de toutes les époques ont choisi de ne pas allaiter pour diverses raisons, si bien que, de nos jours, le portrait de l'allaitement au sein varie beaucoup d'un pays, d'une province et même d'une région à l'autre. Afin de mieux saisir le contexte général dans lequel notre étude s'inscrit, nous examinerons dans ce chapitre, le portrait de l'allaitement maternel en Amérique du Nord, les nombreux avantages que procure l'allaitement selon les écrits scientifiques, le contexte spécifique à la présente étude, son but, ses objectifs et la pertinence de réaliser cette recherche.

1.1 Situation de l'allaitement aux États-Unis et au Canada

Au Québec, en 1918, 65% des femmes allaitaient leurs enfants. En 1928, elles n'étaient plus que 39% (Courville, 1995). Aux États-Unis, ce scénario a été encore plus marqué. Ainsi, au tournant du siècle 90% des femmes allaitaient (Dermer, 1995) mais, suite à la deuxième guerre mondiale, seulement 20% des femmes allaitaient et ce jusque dans les années 60 (Freed, 1993). Puis le taux d'allaitement a considérablement augmenté vers les années 60 jusqu'au début des années 80 (Ryan, 1991; Freed, 1993; Dermer, 1995), les taux atteignaient alors les 60 % à la sortie de l'hôpital. (Freed, 1993; Dermer, 1995; Hartley et O'Connor, 1996). Le Canada a également connu cette hausse. En effet, 38% des femmes allaitaient en 1963 alors qu'en 1980 elles étaient 75% (Moxley, 1997). Au Québec, la tendance à la hausse s'est effectuée à retardement. Ainsi, le taux stagnait à 39% jusqu'à 1976, pour augmenter et atteindre les 66% en 1987 (Courville, 1995).

On assiste depuis le début des années 80 à une légère tendance à la baisse aux États-Unis, de même qu'au Québec depuis la fin des années 80. Ainsi, en 1992, seulement 54% des femmes allaitaient aux États-Unis (Dermer, 1995). Les données les plus récentes disponibles sur les taux d'allaitement au Canada, montrent que la moyenne canadienne se situait à 73.6% en 1993 (Levitt et Hanvey, 1995). On constate que les provinces de l'Ouest ont des taux beaucoup plus élevés que celles de l'Est.

Par exemple, toujours selon l'enquête de Levitt et Hanvey (1995), la Colombie-Britannique avec une moyenne de 87%, a le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital le plus élevé au pays. Tandis que Terre-neuve avec une moyenne de 39.6%, a le taux le plus bas. Le Québec est la deuxième province qui a le taux le plus bas d'allaitement à la sortie de l'hôpital, soit 47.7% (Levitt et Hanvey, 1995).

Au Québec, on associe la baisse du taux d'allaitement observé au début du siècle, à la distribution gratuite de biberons de lait de vache dans les cliniques de "Consultation des nourrissons" communément appelées "Goutte de lait" (Courville, 1995). L'apparition des préparations lactées comme substitut au lait maternel et l'entrée massive des femmes sur le marché du travail auraient contribué également à la réduction du taux d'allaitement observé aux États-Unis et au Canada dans les périodes d'après guerre (Dermer, 1995). La hausse du taux d'allaitement rapportée aux États-Unis et au Canada dans les années 80 résulterait en partie de la promotion de l'allaitement faite à cette époque suite aux déclarations des organismes comme l'OMS et l'UNICEF en faveur de l'allaitement au sein (Courville, 1995). Le gouvernement du Canada avait également participé à cette promotion en distribuant des trousseaux pour aider à la promotion de l'allaitement maternel.

Depuis déjà plusieurs années que les chercheurs rapportent des résultats d'études démontrant la supériorité du lait maternel et sa contribution à la santé des femmes et des enfants ainsi que l'impact direct sur le mieux être de nos sociétés (Beaudry, Dufour et Marcoux, 1995; Dewey, Heinig, et Nommsen-Rivers, 1995; Meier et Brown, 1996). La publicisation des résultats de la recherche explique peut-être en partie, l'intérêt grandissant pour l'allaitement depuis les années 60. Certains auteurs croient en effet, que l'augmentation des publications sur la santé des femmes produites par les mouvements féministes de cette époque, ainsi que le nombre grandissant d'études scientifiques en faveur de l'allaitement, sont en partie responsables de cette hausse, en ayant stimulé l'intérêt pour l'allaitement dans la société en général (Freed, 1993).

Au delà des facteurs explicatifs des hauts et des bas du taux d'allaitement, on peut se demander qui allaite et qui n'allait pas ? Il semble que les femmes de classes moyennes et élevées ont plus tendance à allaiter, alors que les femmes plus jeunes, les femmes moins scolarisées, sont moins nombreuses à allaiter (Dermer, 1995; Freed, 1995; Hartley et O'Connor, 1996). D'autres facteurs d'ordre environnemental peuvent également influencer sur le choix d'allaiter ou non.

Parmi ceux-ci, certains auteurs croient que les nombreux messages subtils imposés par les propagandes des compagnies de produits lactés joueraient un rôle sur le choix de ne pas allaiter au sein, par exemple par des incitatifs comme les cadeaux et échantillons de lait gratuits, les clubs bébé etc. (Green et Jones, 1991; Freed, 1993; Dermer, 1995).

Différentes initiatives comme le code international de commercialisation des substituts de lait maternel de l'OMS et de l'Unicef (voir annexe I), ont été proposées afin de contrer le "marketing" insidieux des compagnies de lait. Cependant, au Canada, ces mesures sont encore inappliquées. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel cherche à encourager et à protéger l'allaitement maternel, en réglementant les pratiques commerciales utilisées pour vendre les produits d'alimentation artificielle pour les nourrissons.

Depuis quelques années, des campagnes de promotion tentent de populariser l'allaitement, en transmettant aux femmes des messages d'encouragement à allaiter, en invitant les responsables des lieux publics et des entreprises à se doter d'endroits facilitant l'allaitement au sein, en sensibilisant la population par des affiches montrant le naturel du geste d'allaiter. Même si ces efforts de promotion de l'allaitement au sein sont de plus en plus nombreux, on constate qu'il reste encore beaucoup à faire au Québec comme aux États-Unis.

En effet, le faible taux d'allaitement et la courte durée de celui-ci ont un impact négatif sur la santé des enfants et, à long terme, impose un fardeau sur le système de santé (Woolridge, 1994).

1.1.1 Avantages de l'allaitement maternel

Lucas, Morley, Cole, Lister, et Leeson-Payne, (1992) ainsi que Dewey et coll., (1995) croient que la décision d'allaiter peut être une manifestation du désir d'être un bon parent et être associée à des comportements positifs de santé qui peuvent influencer sur le développement de l'enfant. L'influence de ces facteurs sur le développement et l'état de santé des bébés est difficile à estimer dans les calculs statistiques lorsque l'on veut analyser les différences entre les bébés allaités au sein et ceux alimentés avec des préparations lactées. Comme l'assignation aléatoire à un groupe alimenté au sein ou alimenté aux préparations lactées ne serait pas acceptable éthiquement, les études doivent tenter de contrôler le plus de variables confondantes possibles en vue d'établir les avantages réels de l'allaitement dans des circonstances variées avant de conclure à sa supériorité. Après avoir contrôlé plusieurs facteurs sociaux et éducationnels chez les parents, plusieurs études (Cunnigham, Jelliffe et Jelliffe, 1991; Lucas et coll., 1992; Lanting, Fidler, Huisman, Touwen, et Boersma, 1994; Beaudry et coll., 1995; Dewey et coll., 1995) démontrent non seulement la supériorité du lait maternel sur les préparations lactées existantes sur le marché, mais aussi les avantages physiques, psychologiques, sociaux et économiques que l'allaitement procure.

Seulement en vertu de ses propriétés immunologiques uniques, le lait maternel est bien plus qu'un simple aliment (Newman, 1997). Parmi ses nombreux bienfaits, on retrouve entre autres; un risque moindre de maladies infectieuses et respiratoires, d'allergies, d'otites, ce qui influe sur le nombre d'hospitalisations reliées à ces maladies (Beaudry et coll., 1994; Dewey et coll., 1995).

L'allaitement maternel est également associé à une réduction du risque du syndrome de mort subite du nouveau-né (Mitchell, Scragg et Stewart, 1992). Des études ont aussi rapporté des différences neurologiques entre des enfants ayant été allaités au sein et ceux alimentés avec des préparations lactées. L'allaitement au sein aurait un effet bénéfique sur le développement neurologique en raison des acides gras polyinsaturés à chaîne longue que l'on retrouve uniquement dans le lait maternel. Ces derniers joueraient un rôle dans le développement du cerveau (Lucas et coll., 1992; Lanting et coll., 1994).

Des études ont démontré les effets positifs pour le développement physique et intellectuel des bébés prématurés en raison de la diminution du risque d'intolérance aux formules de lait, de l'amélioration de la fonction rétinienne, de la protection contre les infections et de l'effet bénéfique sur le développement neurologique et cognitif (Meier et Brown, 1996; Baker et Kasmussen, 1997).

De plus, dans le cas des prématurés souffrant d'entérocolite nécrosante dont le risque de mourir est de un sur quatre, ce risque diminue à un sur dix, lorsqu'ils sont alimentés exclusivement au lait maternel (Woolridge, 1994; Meier et Brown, 1996).

Les avantages pour les mères sont également nombreux. On sait qu'à court terme l'utérus des femmes qui allaitent se contracte et reprend ainsi sa forme plus rapidement, ce qui diminue le risque d'hémorragie. De plus, les femmes qui alimentent leur enfant **exclusivement** au sein sont théoriquement protégées d'une nouvelle grossesse puisque le mécanisme de la lactation empêche l'ovulation, créant chez la femme un état d'aménorrhée (Kennedy et Visness, 1992). À long terme, le fait d'allaiter réduit le risque de cancer des ovaires (Rosenblatt et Thomas, 1993) et du sein (Chilvers, 1993). Un autre bienfait dont on parle peu dans les écrits scientifiques, a trait au sentiment de calme et de relaxation que procure l'allaitement au sein chez la femme. La sécrétion de prolactine produite lors de la tétée est responsable de cet état de bien-être qui prédispose selon certains auteurs, à l'attachement mère-enfant (Moxley et Kennedy, 1994). Toute la dimension affective et relationnelle associée à l'allaitement maternel est également peu abordée dans les études alors que, pour plusieurs, l'allaitement est un moment privilégié d'interaction mère-enfant qui facilite et renforce l'attachement (Watson-Driscoll, 1992; Freed, 1993; Moxley et Kennedy, 1994).

L'allaitement au sein est donc reconnu dans les écrits, comme étant le mode d'alimentation idéal pour le nouveau-né. Cependant, on peut se demander jusqu'à quel point ces connaissances sont transmises aux mères par les professionnelles et les professionnels de la santé et jusqu'à quel point ces derniers possèdent ces connaissances ?

Comme le mentionne Walker (1993) suite à une recension des écrits sur les risques associés aux préparations lactées, les dangers de l'alimentation artificielle sont bien réels et ne sont cependant pas présentés aux parents sous prétexte d'éviter qu'ils se sentent coupables de ne pas allaiter. Certains professionnelles et professionnels de la santé vont jusqu'à rassurer les parents à savoir que l'enfant se développera aussi bien avec l'une ou l'autre méthode, alors qu'il y a de plus en plus d'évidences que les bébés nourris aux préparations lactées n'ont pas la possibilité de se développer au maximum de leur potentiel (Lucas et coll., 1992; Lanting et coll., 1994).

À la lumière des nombreux avantages physiques et psychologiques, autant pour la mère que pour le bébé, on constate que l'alimentation au sein et l'alimentation avec des préparations lactées sont loin d'être équivalentes. De plus, l'alimentation avec du lait artificiel comporte des désavantages tels que l'infériorité nutritionnelle, un risque plus élevé d'exposition à la contamination et à une mauvaise préparation des biberons (Walker, 1993; Mulford, 1995; Wilmoth et Elder, 1995).

De plus, l'alimentation avec les préparations lactées est également associée au développement des allergies et à certaines déficiences cognitives (Walker, 1993).

1.1.2 Soutien à l'allaitement

La plupart des femmes savent que l'allaitement au sein est le mode d'alimentation supérieure pour leur enfant (Donnelly, 1994; Giugliani, Caiaffa, Vogelhut, Witter et Perman, 1994a) et moins de 5% seulement des femmes sont incapables d'allaiter (Green et Jones, 1991). On peut alors se demander pourquoi jusqu'à 50% des femmes n'allaitent pas au Québec (Levitt et Hanvey, 1995). Dans le cadre de leur mission de promotion de la santé, les intervenantes et les intervenants ont la responsabilité de s'interroger sur les facteurs qui empêchent les femmes de choisir l'allaitement étant donné sa contribution unique pour la santé des mères et des enfants (Donnelly, 1994; Woolridge, 1994) tout en respectant la décision que prend la personne bien informée (Green et Jones, 1994; Chalmers, 1997).

Un autre élément du problème concerne la durée de l'allaitement. En effet, bien que le faible taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital soit préoccupant au Québec comme aux États-Unis, plusieurs études ont également relevé un taux élevé d'abandon de l'allaitement dans les six premières semaines postpartum (Coreil et Murphy, 1988; O'Leary, Quinn, Koepsell et Haller, 1997). Certains auteurs attribuent cet abandon précoce à différents facteurs.

Un des principaux facteurs est lié aux pratiques hospitalières nuisibles à l'allaitement, et parmi celles-ci, la supplémentation, c'est-à-dire le fait de donner des suppléments en eau ou des substituts lactés aux bébés allaités (Coreil et Murphy, 1989).

L'absence de soutien aux mères dans la période vulnérable du démarrage de l'allaitement au sein qui comprend la montée laiteuse, l'adaptation à un nouveau rythme de vie, les poussées de croissance du bébé etc. (Coreil et Murphy 1989; Freed, 1993) est un autre facteur mis en cause dans les écrits. En effet, même si les professionnelles et les professionnels de la santé se disent en faveur de l'allaitement, on constate que c'est rarement une priorité pour eux (Mulford, 1995).

Le court séjour parce qu'il prive les femmes d'une source de soutien formel importante, c'est-à-dire les infirmières ou les médecins en centre hospitalier (Freed, 1993), est également un facteur auquel certains auteurs s'intéressent, quoique cet aspect soit discutable selon certaines études (O'Leary et coll., 1997).

Un autre facteur important qui influe sur l'expérience d'allaitement, c'est le manque de connaissances des mères sur le processus physiologique de l'allaitement et sur les signes que bébé est bien alimenté. Par exemple, on a qu'à penser au cas malheureux en Ontario d'un bébé décédé par déshydratation reliée à un allaitement inefficace (L'Infirmière Canadienne, juin 1997).

Que cette mère ait bénéficié ou non d'un court séjour, son besoin d'un suivi particulier en raison des mamelons invertis aurait dû faire l'objet d'une évaluation et recevoir un soutien particulier à l'hôpital ainsi qu'au retour à la maison (Dunlop, 1995; Newman, 1996).

En plus de s'assurer de la bonne prise du sein et de connaître les signes que bébé s'alimente bien (quantité de selle et d'urine par jour, aspect de la peau, période d'éveil et de sommeil), les parents auraient également dû être informés de l'importance de contacter les ressources disponibles en cas de doute. Ce manque de connaissance entretient également les mythes sur l'allaitement autant chez les parents que chez certains professionnelles et professionnels de la santé (Donnelly, 1994).

Enfin, le retour au travail des mères (O'Leary et coll., 1997), qui est un motif souvent invoqué par celles-ci pour cesser l'allaitement, est un facteur étudié dans les écrits scientifiques tout comme le rôle du "marketing" des compagnies de préparations lactées (publicité, échantillons, cadeaux) sur le choix et la durée de l'allaitement. La pratique de distribution de paquets cadeaux à l'hôpital par exemple, est souvent condamnée à cause du message que cela renvoie aux mères quant à la valeur qu'on accorde à l'allaitement (Freed, 1993; Freeman et Lowe, 1993).

L'étude des différents facteurs qui nuisent ou facilitent l'allaitement n'est pas un phénomène nouveau. Déjà il y a 10 ans, St-Jacques (1988) identifiait à partir des écrits sur le sujet, certains facteurs de succès et d'échec de l'allaitement maternel.

Elle proposait une série d'actions susceptibles de réanimer en quelque sorte l'allaitement au sein au Québec. Elle suggérait :

- de diffuser plus d'informations sur l'allaitement pour créer des attitudes sociales favorables,
- de réviser et renforcer la formation des professionnels de la santé sur le sujet,
- d'augmenter la concertation des différents intervenants pour assurer la continuité auprès des mères et travailler ensemble à élaborer des politiques d'allaitement,
- d'instaurer une collaboration entre le milieu et les professionnels afin d'assurer le soutien nécessaire aux mères allaitantes,
- et finalement à l'hôpital, de soutenir les efforts d'allaitement, favoriser la tétée précoce et la cohabitation et d'abolir les horaires fixes ainsi que les suppléments (St-Jacques, 1988, p.32).

Cette reconnaissance de la nécessité de concertation entre les intervenantes et les intervenants pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel constitue le premier pas vers l'actualisation de programmes de promotion et de soutien à l'allaitement maternel.

1.2 Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel mis sur pied en 1995 au centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins (BMP). L'hôpital BMP est un établissement de soins de courte durée de 140 lits situé en Montérégie au Québec.

Le Pavillon des naissances compte actuellement 10 chambres uniques. Une chambre unique signifie que le séjour entier s'effectue dans cette pièce, du travail à l'accouchement ainsi que le début du postpartum. Le nouveau-né cohabite avec sa mère 24 heures sur 24 toutefois, une pouponnière halte-garderie est disponible selon les besoins des familles ou pour les nouveau-nés qui requièrent des soins infirmiers particuliers. Le père ou une personne significative a la possibilité de séjourner avec la mère et l'enfant, chaque chambre étant munie d'un divan-lit. Avant 1996, l'unité de maternité était située dans des locaux traditionnels: pouponnière, salle de travail, salle d'accouchement, chambre de naissance et chambres postpartum privées, semi-privées et salles de trois lits. Les efforts pour rendre l'environnement favorable à l'allaitement, ont été entrepris graduellement dans l'ancien département pour prendre un essor considérable dans le milieu beaucoup plus facilitant du Pavillon des naissances, ouvert en juin 1996.

Difficile en effet de prôner la cohabitation dans une salle accueillant trois mères et trois bébés ! Malgré la possibilité de tirer le rideau autour du lit, l'intimité et les possibilités de repos étaient plutôt réduites. Pas étonnant que les mères réticentes à la cohabitation invoquaient le fait de ne pas pouvoir se reposer. Tout doucement, avec le soutien du milieu, la cohabitation est devenue plus courante. D'abord, dans les chambres privées et semi-privées, puis dans les salles le jour et le soir. La transition au Pavillon des naissances s'est donc faite sans trop de difficultés.

Malgré l'excellent travail d'équipe et la volonté des puéricultrices, des infirmière-auxiliaires et des infirmières à aider les mères à allaiter, la multitude d'intervenantes et d'intervenants et le manque de connaissances sur l'allaitement de ces derniers donnaient lieu à des informations et des conseils incohérents. Ce manque de connaissances ainsi que les pratiques ancrées dans les routines amenaient également l'utilisation abusive de suppléments en eau et en substituts lactés chez les bébés allaités, ainsi que l'utilisation presque automatique des tétines d'amusements.

Toutes ces difficultés vécues en regard de l'allaitement au sein, autant de la part des mères que des intervenantes et des intervenants, ont conduit un groupe d'infirmières à réagir en développant un programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel. En 1994, 70% des mères commençaient à allaiter à BMP mais seulement 45 % allaitaient toujours à la sortie de l'hôpital. Rappelons qu'au Canada à cette époque, le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital était de 73.6% alors que la moyenne québécoise était de 47.7% (Levitt et Harvey 1995).

Un des éléments le plus souvent rapporté par les familles accouchant à BMP était l'incohérence et la non uniformité des informations et des conseils transmis. Les mères éprouvaient également plusieurs problèmes d'allaitement comme des gerçures et crevasses aux mamelons et des engorgements sévères.

Il apparaissait donc essentiel d'intervenir d'abord au niveau de la formation du personnel et de réviser le contenu de l'information transmise aux mères en période pré, per et postnatale pour véhiculer un message commun et cohérent. Pour assurer un soutien adéquat aux mères, il apparaissait également nécessaire que les intervenantes et les intervenants du CLSC, les médecins des cliniques privés et le personnel de l'hôpital travaillent en étroite collaboration. Beaucoup de mères ayant accouché à BMP semblaient plus ou moins satisfaites de leur expérience d'allaitement. Elles rapportaient un manque de cohérence dans les conseils reçus et se sentaient peu soutenues. Les membres du comité responsable du programme de promotion et de soutien à l'allaitement ont retenu comme but de favoriser chez les mères une expérience positive d'allaitement et ce peu importe la durée. Les objectifs choisis pour atteindre ce but furent;

1. D'améliorer les connaissances des intervenantes et des intervenants afin d'assurer la cohérence de l'information et un meilleur soutien aux parents.
2. De créer un environnement qui favorise l'allaitement à l'hôpital.
3. D'encourager les mères à continuer l'allaitement au sein après leur sortie de l'hôpital.

1.3 But et objectifs de l'étude

Cette étude pilote vise l'évaluation formative du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de BMP. On emploie cette approche dans le but de contrôler l'exécution d'un programme et de discerner les effets qu'il produit (Rutman et Lecomte, 1982).

Le but de l'étude actuelle consiste à documenter l'atteinte de certains objectifs du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de BMP à l'aide des résultats d'une enquête réalisée en 1996 auprès des femmes ayant accouché dans Brome-Missisquoi. Pour atteindre ce but, nous avons formulé les sept objectifs spécifiques suivants:

- Décrire la démarche de planification et d'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel (objectif un)
- Décrire le programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel (objectif deux)
- Identifier les facteurs qui ont contribué à ce que les femmes allaitent (objectif trois)
- Identifier les raisons d'arrêt de l'allaitement (objectif quatre)
- Identifier les facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement (objectif cinq)
- Identifier le degré de satisfaction de l'expérience d'allaitement des mères (objectif six)
- Identifier la durée de l'allaitement (objectif sept)

Les données recueillies dans le cadre de la présente étude ne nous permettent pas de vérifier si la formation reçue par les intervenantes et les intervenants a produit les effets escomptés (objectif 1 du programme), ni si les changements aux pratiques hospitalières ont effectivement favorisé l'allaitement à l'hôpital (objectif 2 du programme). Nous pourrions cependant, en identifiant le degré de satisfaction de l'expérience d'allaitement des mères, évaluer si le but du programme a été atteint. Les données sur la durée de l'allaitement permettront d'évaluer si l'objectif 3 du programme de BMP produit les résultats escomptés.

1.4 Pertinence de l'étude

Le programme de BMP a suscité beaucoup d'intérêt. Plusieurs établissements du réseau de la santé ont fait des demandes concernant les composantes du programme et la démarche d'implantation de ce dernier. C'est dans cette optique que la réalisation d'une étude sur le programme à l'aide des données recueillies dans le cadre d'une enquête téléphonique, nous est apparue essentielle. Il s'agit là de la pertinence première de l'étude, mais elle est également pertinente sur les plans social, scientifique et pratique.

Pertinence sociale

Cette étude s'inscrit dans la foulée des recommandations émises dans la Politique de périnatalité du MSSS (1993). En effet, l'allaitement y est considéré un des thèmes prioritaires de recherche. De plus, dans les priorités nationales de santé publique 1997-2002, on vise "que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % et qu'il soit de 60% et de 30% respectivement au 3^e et 6^e mois de vie de l'enfant " (MSSS 1997, p.39). Les retombées sur la santé des mères et des enfants sont indéniables ainsi que sur les coûts du système de soins.

Pertinence scientifique

Cette étude nous permettra principalement de documenter les éléments qui pourraient donner des pistes pour une évaluation ultérieure sur l'impact du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel implanté à BMP.

Nous pourrions également comparer nos résultats en lien avec ce que les écrits nous rapportent concernant les facteurs influant sur l'expérience d'allaitement. Différents facteurs ont été identifiés dans les écrits scientifiques comme étant liés à l'expérience d'allaitement, mais peu d'études ont été réalisées sur les résultats obtenues avec des interventions ayant pris en compte ces différents facteurs.

Quoique la présente étude ne peut prétendre évaluer l'impact du programme implanté à BMP, l'évaluation formative permettra de contribuer à l'avancement des connaissances sur le sujet et nous permettra de faire des recommandations sur la poursuite de la recherche.

Pertinence pour la pratique

Pour les professionnelles et les professionnels de la santé en périnatalité, cette étude permet de documenter l'importance de leur attitude envers l'allaitement sur l'expérience des femmes et la façon dont l'information et le soutien en pré, per et postnatal peut affecter la durée et la qualité de cette expérience. Les retombées pour la pratique infirmière en particulier, seront d'apporter un éclairage nouveau sur le rôle important que peuvent jouer les infirmières dans l'expérience de l'allaitement et sur les interventions qui influent positivement sur celle-ci.

Tous les intervenantes et les intervenants ont un rôle à jouer dans la promotion et le soutien à l'allaitement maternel, mais à notre avis le rôle de l'infirmière est indéniable pour prévenir l'apparition de problèmes d'allaitement et en regard du soutien psychologique et éducatif qu'elles peuvent apporter aux familles. L'infirmière doit transmettre des informations justes et scientifiques et respecter la décision de la mère en regard du type d'alimentation qu'elle désire offrir au bébé. En centre hospitalier plus particulièrement, où l'activité principale des infirmières en postpartum concerne l'enseignement et le soutien à l'allaitement maternel (Lifeline, 1997), l'infirmière qui œuvre auprès des nouvelles mères a la responsabilité d'assurer non seulement un démarrage satisfaisant de l'allaitement mais également un suivi correspondant aux besoins de chaque mère.

CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS

La plupart des auteurs reconnaissent que les facteurs démographiques, psychologiques, sociaux et environnementaux influent sur les comportements en matière de santé (Norman, 1980; Massé, 1995). Toutefois, comme on connaît encore mal les facteurs influant sur l'allaitement, le choix d'un modèle apparaît prématuré et risque de constituer un obstacle à la prise en compte de l'ensemble des facteurs liés à ce comportement. Ainsi, plutôt que d'essayer d'insérer les facteurs étudiés dans un modèle préétabli, nous avons opté pour un contexte théorique. Nous présentons une vue générale des facteurs influant sur le comportement des mères en matière d'allaitement, que nous avons classé dans quatre catégories; les facteurs d'ordre sociodémographique, les facteurs d'ordre psychosocial, les facteurs liés au soutien et les facteurs liés aux pratiques hospitalières. Ces facteurs influant sur la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement sont présentés dans la première partie et nous analysons dans la deuxième partie les programmes de promotion et soutien à l'allaitement maternel qui ont été documentés et évalués.

2.1 Facteurs qui influent sur la décision d'allaiter et sur la durée de l'allaitement

Le soutien à l'allaitement maternel exige la compréhension des facteurs qui influencent la prise de décision d'allaiter ainsi que ceux qui peuvent décourager la femme de débiter ou de poursuivre l'allaitement.

Dans cette recension, on retrouve des facteurs d'ordre sociodémographique et psychosocial, et des facteurs liés au soutien professionnel et aux pratiques hospitalières.

Des chercheurs ont utilisé des modèles théoriques pour comprendre et prédire le comportement des mères en matière d'allaitement. Ces modèles ont principalement étudié le rôle des facteurs d'ordre psychosocial sur la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement. Nous en présentons quelques exemples à l'intérieur de la section 2.1.2 qui porte sur les facteurs d'ordre psychosocial.

2.1.1 Facteurs d'ordre sociodémographique

Différentes caractéristiques sociodémographiques des mères ont été identifiées comme ayant une influence sur la décision d'allaiter et sur la qualité de l'expérience d'allaitement. Parmi les facteurs les plus documentés mentionnons le niveau de scolarité, la classe sociale, l'état matrimonial, le fait de fumer ou non et l'âge de la mère. La race, plus particulièrement aux États-Unis, et le poids du bébé à la naissance sont d'autres facteurs mentionnés.

Les femmes qui ont un niveau d'éducation plus élevé et ceci peu importe l'ethnie, allaitent en plus grande proportion (Kearney, Cronenwett et Barrett, 1990; Bergman, Larsson, Lomberg, Möller et Marild, 1993; Gilbert et Lepage, 1996; O'Leary et coll., 1997; Lepage et Moisan, 1998).

Le fait d'allaiter est aussi lié à l'état matrimonial, les femmes mariées allaitant en plus grand nombre (O'Leary et coll., 1997). L'appartenance aux classes sociales moyenne et élevée est aussi associée positivement à la décision d'allaiter (Bergman et coll., 1993; Wilmoth et Elder, 1995; Gilbert et Lepage, 1996; O'Leary et coll., 1997) tout comme le fait de ne pas fumer (Bergman et coll., 1993; O'Leary et coll., 1997).

La majorité des études rapportent que l'âge de la mère et sa maturité influencent également la décision d'allaiter, car les femmes plus âgées allaitent en plus grand nombre que les jeunes mères (Carlson-Gielen, Faden, O'Campo et Parge, 1992; Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer et Williams, 1994; Wilmoth et Elder, 1995). Cependant des études ont obtenu des résultats différents. Bergman et coll., (1993) par exemple, qui ont réalisé une enquête par questionnaire écrit auprès de 452 femmes âgées de 18 à 42 ans, ne rapportent aucune association significative entre l'âge maternel et la décision d'allaiter ou la durée de l'allaitement. Gilbert et Lepage (1996) ont analysé le contenu d'entrevues individuelles effectuées auprès de 306 femmes en vue d'identifier les facteurs associés au choix du mode d'alimentation du nourrisson et n'ont trouvé aucune différence entre le groupe de jeunes mères (18-24 ans) et celui des mères plus âgées (34-43 ans). Les auteurs attribuent ce résultat à l'absence de mères adolescentes dans leur groupe de jeunes mères, et avancent l'hypothèse que ce soient surtout les mères adolescentes qui allaitent dans une proportion moins grande que les plus âgées (Gilbert et Lepage, 1996).

Aux États-Unis surtout, les données sociodémographiques des études montrent que les femmes de race blanche allaitent en plus grand nombre (Hartley et O'Connor, 1996; O'Leary et coll., 1997) et que le fait d'avoir un bébé de poids normal à la naissance est associé positivement à la décision d'allaiter et influe également sur la poursuite de l'allaitement (Freeman et Lowe, 1993).

2.1.2 Facteurs d'ordre psychosocial

Parmi les caractéristiques psychosociales susceptibles d'influencer l'expérience de l'allaitement, la motivation de la femme à réussir son expérience d'allaitement (O'Leary et coll., 1997) figure parmi celles les plus fréquemment mentionnées dans les écrits. En vue d'identifier les motifs sous-jacents à la décision d'allaiter ou non, Gigliani et coll., (1994a) ont étudié les réponses à un questionnaire écrit auto-administré de femmes primipares sélectionnées de façon aléatoire. De leur côté, Lepage et Moisan (1998) ont interrogé des québécoises primipares par téléphone. Ces chercheurs ont trouvé des réponses semblables à celles évoquées dans d'autres études (Bergman et coll., 1993; Losch, Claibourne, Russell et Dusdieker, 1995; Gilbert et Lepage, 1996).

Les femmes décident d'allaiter parce que c'est ce qu'il y a de mieux pour la santé de l'enfant, à cause de la qualité nutritionnelle du lait maternel et la protection immunitaire que celui-ci apporte au bébé (Bergman et coll., 1993; Giugliani et coll., 1994a; Gilbert et Lepage, 1996; Lepage et Moisan, 1998).

L'aspect pratique de l'allaitement, puisque le lait est toujours prêt, est un autre motif invoqué par les mères (Bergman et coll., 1993; Lepage et Moisan, 1998), ainsi que le contact mère-enfant (Bergman et coll., 1993) et une expérience positive lors d'un allaitement antérieur (Bergman et coll., 1993; Wamback, 1997). La décision d'allaiter est également associée à l'attitude et la confiance de la femme en sa capacité d'allaiter (Wamback, 1997) ainsi qu'à l'attitude du conjoint (Bergman et coll., 1993; Jordan et Wall, 1993).

Une étude longitudinale auprès de 44 mères a été réalisée par Coreil et Murphy (1988), afin de déterminer l'influence de l'intention d'allaiter en prénatal sur la durée effective de l'allaitement. Leurs résultats montrent que les femmes décident tôt pendant leur grossesse si elles allaiteront et combien de temps et qu'elles tendent à atteindre leurs objectifs en terme de durée d'allaitement. L'intention d'allaiter est selon ces auteurs le facteur pouvant le plus prédire la durée de l'allaitement (Coreil et Murphy, 1988).

Dans une enquête téléphonique auprès de 1937 primipares du Québec six mois après la naissance de leur enfant, Lepage et Moisan (1998), ont recueilli des données sur la prévalence d'allaitement à la naissance et au cours des six premiers mois de vie, sur les principaux facteurs associés au choix d'allaitement et à sa durée et sur les problèmes vécus avec l'allaitement. L'analyse multivariée révèle une association positive entre l'intention d'allaiter plus de six mois (en prénatal) et la durée effective de l'allaitement ($p < 0.05$).

Cependant, une autre étude récente rapporte que l'intention d'allaiter est un faible déterminant de la poursuite de l'allaitement au-delà de six semaines (Wambach, 1997). Dans cette étude, on mesurait en prénatal différentes variables comme; l'attitude de la femme et sa perception quant à l'attitude de son entourage face à l'allaitement, sa perception quant au contrôle qu'elle possède sur l'expérience de l'allaitement et finalement son degré de conviction quant à la durée de son allaitement.

Leurs résultats indiquent que les attitudes envers l'allaitement en prénatal et le degré de contrôle perçu sur l'expérience d'allaitement contribue à l'intention d'allaiter ($R^2=.23$), mais le rôle de l'intention d'allaiter sur la poursuite de l'allaitement est moins évident ($R^2=.04$). Il est possible que les résultats différents des études de Lepage et Moisan (1998) et de Wambach (1997) soient liés à la différence dans la période de temps d'observation. En effet, alors que dans l'étude de Lepage et Moisan (1998) l'enquête se déroulait auprès de mères de nourrissons âgés de six mois, l'étude de Wambach (1997) avait lieu après six semaines de vie des nourrissons. Durant cette courte période de suivi, 20% des mères ont cessé leur allaitement, réduisant ainsi la variation totale de la durée d'allaitement. Une plus longue période d'observation comme dans l'étude de Lepage et Moisan (1998), aurait peut-être produit une plus grande variation et permis d'identifier une corrélation plus importante entre l'intention d'allaiter et la durée effective de l'allaitement.

Dans le but de comprendre et de prédire le comportement des mères en matière d'allaitement, certains chercheurs ont utilisé des modèles connus permettant une classification des facteurs psychosociaux et ainsi une amélioration de la planification d'interventions en matière de santé. Par exemple, la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) suppose que les comportements sont sous le contrôle volontaire des individus et que l'intention d'accomplir une action est un déterminant immédiat de cette action.

Se basant sur la théorie de Fishbein et Ajzen, Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer et Williams, (1994) ont réalisé une étude dont les résultats étaient les suivants; les mères d'un groupe ayant bénéficié des services d'une consultante en lactation avaient l'intention d'allaiter plus longtemps que les mères du groupe ne bénéficiant pas de ces services, et cela se vérifiait dans la durée effective de leur allaitement ($t=2.33$, $p<0.02$). Pour les auteurs, ces résultats semblent supporter la théorie de l'action raisonnée à savoir que l'intention d'un comportement (l'allaitement) est un déterminant de ce dernier. Ceci suggère qu'en modifiant l'attitude et les croyances des mères envers l'allaitement on peut agir sur l'intention d'allaiter et en bout de ligne sur la durée de l'allaitement.

O'Campo, Faden, Gieden et Wang, (1992), ont également utilisé la théorie de Fishbein et Ajzen (1975) pour évaluer l'association entre certains facteurs prénatals et la durée de l'allaitement.

Cinq facteurs se sont avérés influant sur la durée de l'allaitement, soit la durée prévue de l'allaitement (l'intention d'allaiter pendant un x temps), les normes subjectives (soit la perception des femmes sur les attentes de leur entourage concernant le mode alimentation de leur nouveau-né), la confiance en soi (le degré de confiance des femmes dans leur capacité à allaiter dans différentes circonstances), l'apprentissage social (le degré de contact des femmes avec des femmes qui allaitent dans leur entourage) et les croyances sur l'allaitement (les effets sur leur santé, l'impact sur leur vie).

Puisque la durée prévue de l'allaitement s'est avérée un important facteur associé à la durée effective de l'allaitement (les femmes ayant prévu d'allaiter plus de six mois avait deux fois plus de chance de rencontrer leur objectif, RR:2.05, 95%CI 1.02- 4.15), les auteurs ont tenté d'identifier des facteurs associés à la durée prévue. La parité (beta: 0.31, s.e.: 0.12), le retour au travail (beta: -0.39, s.e.:0.12) et la confiance en soi (beta:0.22, s.e.:0.21) furent les facteurs les plus significativement associés à la durée. Les femmes ayant déjà au moins un enfant ont plus de chance d'allaiter plus longtemps, les femmes qui doivent retourner au travail ou à l'école vers le sixième mois allaitent moins longtemps et, plus la femme a confiance en ses capacités, plus elle a de chance d'allaiter une longue période. Dans ce modèle proposé par O'Campo et coll., (1992), on constate aussi que la durée d'allaitement prévue est liée à la confiance en soi et au retour au travail.

Les auteurs croient en effet que ces facteurs sont interreliés et que la prévision d'un retour au travail influence la durée prévue de l'allaitement, tout comme la confiance en soi influe sur la durée prévue. Ils sont donc arrivés à la conclusion que les interventions de promotion de l'allaitement devraient principalement inclure des stratégies pour augmenter la confiance en soi et préparer les femmes aux possibilités de poursuivre l'allaitement lors d'un retour au travail ou aux études.

La théorie du comportement planifié de Ajzen (1988), est en quelque sorte une extension du modèle de Fishbein et Ajzen afin de tenir compte de situations où le comportement visé n'est pas entièrement sous le contrôle volontaire de l'individu comme le suppose le modèle original. Selon cette dernière théorie, le comportement est dépendant, non seulement de l'attitude de l'individu envers ce comportement et des normes subjectives entourant le comportement, mais également de la perception de contrôle que l'individu croit posséder dans l'adoption du comportement, c'est à dire la facilité ou difficulté perçue à adopter le comportement. Cette perception de contrôle peut être liée à une expérience antérieure ou à la manière d'anticiper les événements. Wambach (1997) a utilisé ce modèle pour prédire l'intention d'allaiter des mères, en mesurant les attitudes de celles-ci envers l'allaitement, l'importance des normes subjectives envers l'allaitement et la perception du degré de contrôle qu'elles avaient par rapport à ce comportement.

Leurs résultats montrent que, chez ces mères, l'attitude envers l'allaitement et le degré de confiance en leurs capacités d'allaitantes sont des déterminants de l'intention d'allaiter, alors que les normes subjectives n'exercent pas d'influence significative. Cependant, les femmes de leur échantillon avaient une attitude très positive envers l'allaitement et se sentaient très confiantes face à cette expérience. On peut supposer que ces femmes étaient moins sensibles aux pressions sociales, ce qui expliquerait le peu d'influence des normes subjectives dans les résultats. Mais puisque les attitudes et la confiance en soi semblent contribuer à la décision d'allaiter, les auteurs, à l'instar de O'Campo et coll., (1992), soulignent l'importance d'axer sur ces caractéristiques dans les interventions prénatales.

Bien que différentes conditions puissent affecter la motivation des femmes et avoir un impact sur la prise de décision d'allaiter, d'autres facteurs peuvent influencer le fait d'allaiter (Coreil et Murphy, 1988). En effet, malgré l'intention d'allaiter, la capacité de le faire échappe parfois au contrôle de la volonté. Certains facteurs chez la mère et l'enfant peuvent nuire à l'initiation et même la poursuite de l'allaitement, comme le délai des premières tétées lié à un accouchement difficile ou encore un nouveau-né somnolent ou irritable (Maclean, 1989; Wamback, 1997). C'est pourquoi l'utilisation de modèles axés seulement sur les facteurs d'ordre psychosocial ne sont pas suffisant pour prédire le comportement d'allaitement.

Les facteurs influençant la décision d'allaiter sont nombreux et complexes, tout comme ceux intervenant sur la durée de l'allaitement. Maclean (1989) a utilisé une approche qualitative pour tenter de comprendre le phénomène, en examinant les perspectives et expériences des femmes. Maclean (1989) a trouvé que les changements dans le rythme de vie et la manière d'y réagir de chaque femme affectent grandement son expérience d'allaitement. Les exigences liées aux boires fréquents et non prévisibles, aux boires de nuit, à la présence de jeunes enfants dans la famille, peuvent s'avérer pour certaines mères, des changements difficiles à gérer. Le manque de connaissances sur la physiologie de l'allaitement est également souvent lié à l'arrêt de ce dernier. Par exemple, un des principaux motifs de cessation de l'allaitement mentionné par les femmes, est la croyance de ne pas avoir suffisamment de lait (Serafino et Donovan, 1992; Bergman et coll., 1993; O'Leary et coll., 1997; Lepage et Moisan, 1998).

Certains chercheurs ont étudié ce phénomène, dont Hill et Alfag (1991) qui ont identifié la période de quatre à six semaines suivant la naissance comme étant la plus critique pour la poursuite de l'allaitement. Ils ont analysé les réponses d'une enquête par questionnaire écrit dirigée auprès de 384 mères et ont remarqué que les mères qui rapportaient une insuffisance de lait comme motif d'arrêt, étaient moins bien informées sur l'allaitement, avaient pris leur décision d'allaiter tardivement et envisageaient d'allaiter pour une courte période. Elles étaient moins confiantes pendant la grossesse dans leur capacité d'allaiter et ne croyaient pas que l'allaitement soit supérieur aux préparations lactées.

Ces femmes étaient également en moins bonne santé, avaient eu un bébé de petit poids à la naissance et leur conjoint ou leur belle-mère désapprouvait leur choix d'allaiter (Hill et Aldag, 1991).

Pour Serafino et Donovan (1992), outre le manque de connaissances techniques sur le processus de lactation, la croyance justifiée ou non de ne pas avoir suffisamment de lait peut-être aussi due à un manque de confiance de la mère. Le stress peut aussi avoir un effet sur la production de lait en affectant le réflexe ocytocique. Le manque de soutien peut également contribuer à la diminution de confiance en soi éprouvée par la femme et à l'augmentation du stress ressenti affectant ainsi la production de lait.

2.1.3 Facteurs liés au soutien

Des facteurs individuels comme la personnalité de la mère, ses connaissances sur l'allaitement sont des facteurs expliquant en partie la prise de décision d'allaiter ou non. (Maclean, 1989; Wambach, 1997). Mais d'autres facteurs ont également un impact sur l'expérience d'allaitement, entre autres la présence d'un système de soutien qui a une influence positive (Coreil et Murphy, 1988; Maclean, 1989; Kearney et coll., 1990; Bergman et coll., 1993; Wilmoth et Elder, 1995; Gilbert et Lepage, 1996; Hartley et O'Connor, 1996; O'Leary et coll., 1997).

On distingue deux types de soutien offert aux femmes allaitantes: le soutien du réseau informel comme celui offert par les groupes communautaires, les amis, la famille et le conjoint, et le soutien fourni par le réseau formel comme les professionnelles et professionnels de la santé. Tous ont une influence sur la prise de décision d'allaiter ainsi que sur la poursuite de l'allaitement.

Tout en reconnaissant le rôle important du réseau informel dans l'expérience d'allaitement des femmes, dans le cadre de la présente étude nous nous intéressons surtout au rôle du soutien formel offert par les professionnelles et professionnels de la santé. Cependant l'expérience d'allaitement étant intimement liée à la vie de couple et de nouveaux parents, la place du soutien conjugal dans le réseau informel devait être exploré.

2.1.3.1 Soutien du réseau informel

Quoique certains auteurs attribuent un rôle important aux professionnelles et professionnels de la santé sur la décision des femmes d'allaiter ou non, d'autres croient que c'est beaucoup plus l'attitude du conjoint et celle du milieu qui influent le plus sur la décision d'allaiter et sur la poursuite de l'allaitement (St-Jacques, 1988; Bergman et coll., 1993; Jordan et Wall, 1993; Giugliani, Bronner, Caiaffa, Vogelhut, Witter et Perman, 1994b; Littman, VanderBrug, Mendendorp et Gooldfarb, 1994).

Littman et coll., (1994) ont procédé à une enquête par questionnaire remis à l'hôpital à 155 nouvelles accouchées dont 74% ont répondu. Les auteurs ont trouvé que l'approbation du conjoint était un facteur très important dans la décision de la femme d'allaiter ou non. Parmi les couples dont les pères étaient en faveur de l'allaitement, 98.1% allaitaient alors que pour les couples dont le conjoint était indifférent ou désapprouvait, seulement 26.9% des femmes allaitaient ($p < 0.001$). Les auteurs rapportent également qu'il y a beaucoup de mythes chez les pères concernant l'allaitement, même chez les plus scolarisés. En effet, même si ceux-ci étaient deux fois plus nombreux à connaître les avantages de l'allaitement, les mythes qu'ils entretiennent pourraient affecter leur soutien à long terme. Certains croient par exemple, que l'allaitement endommage les seins, que cela interfère dans la sexualité (Littman et coll., 1994). Par ailleurs, l'étude de Giuliani et coll., (1994 b) auprès de 181 pères à l'aide d'un questionnaire auto-administré, révèle que les pères dont la conjointe a déjà allaité un bébé, ou qui ont suivi des cours prénataux, ou qui ont reçu l'information en prénatal par une professionnelle ou un professionnel de la santé, ont une meilleure connaissance de l'allaitement maternel.

2.1.3.2 Soutien du réseau formel

Après le conjoint, il semble que ce soit les professionnelles et professionnels de la santé qui ont le plus d'influence sur la prise de décision d'allaiter et sur la poursuite de l'allaitement. Les infirmières seraient les plus susceptibles d'offrir de l'information et du soutien aux mères allaitantes.

En effet, Gilbert et Lepage (1996), suite à une étude auprès de 306 mères de la région de Québec, rapportent que c'est la famille immédiate et les infirmières à l'hôpital qui ont le plus influencé les femmes dans leur décision d'allaiter au sein. Étonnamment, les médecins et les infirmières responsables des rencontres prénatales offrent très peu d'encouragements à allaiter. Dans cette section, nous examinerons d'abord les études qui se sont attardées au soutien des professionnelles et professionnels de la santé en général puis celles qui concernent les infirmières en particulier.

Comme certaines études l'ont démontré (Anderson et Geden, 1991; Freed, Clark, Sorenson, Lohr, Cefalo et Curtis, 1995), les contradictions dans les informations transmises aux mères par les professionnelles et professionnels de la santé, sont reliées aux croyances et au manque de connaissances de ces derniers en regard de l'allaitement maternel. Même les écrits sur la promotion de l'allaitement sont empreints de messages et d'informations contradictoires. Lors d'un forum sur les besoins des mères qui allaitent tenu en 1990 à Hamilton, on soulignait une absence d'uniformité dans les informations transmises par les professionnelles et professionnels de la santé et dans les écrits disponibles sur le sujet. Suite à ce forum, une étude fut menée en Ontario (Valaitis et Shae, 1993) sur une vingtaine de brochures de promotion de l'allaitement recensées dans les cliniques médicales, le département de santé publique et des départements de maternité d'hôpitaux.

À partir de critères comme un niveau de lecture accessible pour toute la population, le respect du code de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'attitude positive envers l'allaitement et la justesse des informations, les résultats ont démontré qu'aucune des brochures considérées dans l'étude ne satisfaisait aux critères constituant une bonne promotion de l'allaitement. Les brochures d'organismes à but non lucratif étaient toutefois plus adéquates que les autres.

Ainsi, malgré la bonne volonté des professionnelles et des professionnels de la santé en général, bon nombre n'ont ni les connaissances, ni l'expertise pour informer et assister adéquatement les mères qui désirent allaiter (Anderson et Geden, 1991; Barnett, Sienkiewick et Roholt, 1995; Dermer, 1995; Freed et coll., 1995; Mulford, 1995). Peu de programmes de formation initiale des professionnelles et professionnels de la santé formeraient adéquatement ces derniers à offrir un soutien adéquat à l'allaitement au sein (Barnett et coll., 1995; Wilmoth et Elder; 1995, Moxley, 1997).

Afin d'évaluer les croyances entretenues à l'égard de l'allaitement chez différents professionnelles et professionnels de la santé (infirmières, nutritionnistes, médecins généralistes, obstétriciens et pédiatres), Barnett et coll., (1995) ont réalisé une enquête auprès de 31 hôpitaux et de 25 agences de santé publique en Caroline du Nord. Sur les 6340 questionnaires distribués, 2508 ont été complétés, pour un total de 2209 questionnaires analysés.

Le questionnaire a été prétesté par un groupe de professionnelles et professionnels de la santé incluant, un pédiatre, des nutritionnistes et des infirmières, mais rien dans l'article ne nous indique si il y a eu validation des construits utilisés. Il se compose de 10 énoncés mesurés sur une échelle de Likert, dont l'intensité se situe de fortement en accord à fortement en désaccord.

Le questionnaire fait référence à la santé des bébés allaités, le danger ou non de confusion sein-tétine lorsqu'on introduit un biberon ou la suce d'amusement chez le bébé allaité, le gain de poids chez le nourrisson allaité, la production de lait maternel, le lien entre l'allaitement et plusieurs variables comme le niveau d'éducation de la mère, son âge, l'attachement mère-enfant, le fait de fumer ou non, le travail et l'âge des bébés allaités au moment du sevrage. La plupart des répondantes et répondants étaient des femmes (92%) et 79% étaient des infirmières. Sur l'ensemble des répondantes et répondants, 56% avaient déjà vécu une expérience d'allaitement d'au moins deux semaines (répondante ou conjointe du répondant).

Il est ressorti que les nutritionnistes et les pédiatres démontraient le plus de croyances positives à l'égard de l'allaitement au sein. Les professionnelles et les professionnels qui avaient peu ou pas d'expérience personnelle d'allaitement (ou leur conjointe), possédaient le plus de croyances négatives à l'égard de l'allaitement. Par exemple, deux fois plus de ceux-ci encourageaient le sevrage précoce.

Parmi toutes les professions, les infirmières en milieu hospitalier étaient celles qui possédaient le plus de croyances négatives face à l'allaitement. À l'énoncé: "Breastfeeding helps mothers and infants develop a closer bond than bottle-feeding", les infirmières étaient les moins persuadées que l'allaitement maternel puisse favoriser l'attachement mère-enfant, 30% étaient même en désaccord avec cet énoncé. Alors que plusieurs auteurs ((Watson et Driscoll, 1992, Freed 1993, Moxley et Kennedy 1994, Kennel et Klaus, 1998) s'entendent pour dire que l'allaitement, moment privilégié d'interaction entre la mère et l'enfant, facilite et renforce l'attachement. La sécrétion de prolactine produite lors de la tétée étant responsable du sentiment de relaxation et de bien-être ressenti par la mère et l'ocytocine sécrétée lors de la succion contribuant à rehausser les sentiments d'expansion vers l'enfant et le maternage.

Parmi les limites de l'étude de Barnett et coll., (1995), mentionnons l'absence de profil des non-répondants, et de taux de réponse par profession. De plus, le nombre de répondants chez les médecins de famille et les obstétriciens étant faible, les auteurs ne peuvent donc pas généraliser leurs résultats pour ces professions.

Toujours aux États-Unis, Freed et coll., (1995) ont évalué les connaissances des médecins sur le sujet de l'allaitement maternel et leurs approches dans différentes situations cliniques.

Ils les ont également questionné sur la formation reçue sur l'allaitement au sein ainsi que sur leur expérience pratique auprès des mères. L'enquête nationale s'adressait à un échantillon aléatoire de 5035 sujets, soit 3115 résidents en médecine générale et 1920 pédiatres, obstétriciens-gynécologues et médecins de famille. Six questionnaires différents adaptés pour chaque type de professionnel ont été utilisés. Les questions étaient inspirées d'un questionnaire construit par le chercheur principal dans une étude antérieure. Par exemple, comme les pédiatres ont habituellement un contact postnatal avec les familles, on leur posait des questions plus en lien avec l'aide technique et les conseils apportés sur l'allaitement. Les questionnaires ont été prétestés auprès d'un échantillon de convenance de médecins de chacune des spécialités, mais l'article ne mentionne pas si les questionnaires ont subi une forme quelconque de validation. Le taux de réponse a été de 68%.

Freed et ses collaborateurs ont constaté que les connaissances des répondants en matière d'allaitement étaient insuffisantes, et que même si 90% d'entre eux se disaient en faveur de l'allaitement au sein, la moitié d'entre eux, conscients de leur manque de connaissance, ne se croyaient pas compétents pour conseiller les mères allaitantes. Par exemple, les résidents en médecine générale rapportent que le peu de formation reçu sur l'allaitement a été uniquement de nature théorique et seulement 20% de ceux-ci ont conseillé une mère sur la technique d'allaitement au moins 5 fois pendant leur résidence.

Soixante dix pour-cent des obstétriciens-gynécologues et pédiatres disaient ne pas avoir reçu de préparation à la gestion clinique de l'allaitement ou avoir eu une préparation plus ou moins adéquate. En fait, les professionnelles et professionnels les plus confiants dans leurs habiletés à conseiller une mère allaitante, étaient ceux ayant déjà allaité ou dont la conjointe avait allaité. Cependant comme le mentionnent les auteurs , "*Physicians should not have to personally experience treatment, disease, or preventive service to feel comfortable in its management* " (p.475). Ainsi, dans leurs commentaires, Freed et ses collaborateurs soulignent le rôle important des médecins dans la promotion et le soutien de l'allaitement, et la nécessité d'améliorer la formation initiale et continue des médecins en regard de l'allaitement maternel.

Une des limites de cette étude, c'est l'absence de profil des sujets n'ayant pas répondu. Par contre, dans l'hypothèse où ceux qui ont répondu sont les plus concernés par l'allaitement maternel, donc possiblement plus informés et impliqués envers l'allaitement, les résultats présentent alors un portrait plus positif sur les connaissances, attitudes et habiletés des médecins que celui où la position des répondantes et des répondants sur l'allaitement serait plus partagée. Il est également possible que certains sujets aient donné les réponses qui leur apparaissaient les plus désirables sans nécessairement y croire. Ceci résulterait également en une surestimation des attitudes positives et des connaissances chez l'ensemble des médecins à propos de l'allaitement maternel .

D'autres études ont démontré l'impact que peut avoir une formation des professionnelles et des professionnels de la santé sur l'information transmise aux parents et leur décision d'allaiter. Dans une recension des écrits portant sur l'impact de la formation des professionnelles et des professionnels de la santé et les taux d'allaitement (Winikoff et Baer, 1980), on rapporte une association entre l'amélioration des connaissances des médecins et l'augmentation observée du taux d'allaitement au sein de 7 à 23 %. Ces résultats se rapprochent des dires de Freeman et Lowe (1993), à savoir que la transmission d'informations justes par les professionnelles et les professionnels de la santé est reconnue comme influant positivement sur l'expérience de l'allaitement. Mais au-delà des informations transmises aux mères, l'écoute et le soutien des professionnelles et des professionnels de la santé demeurent des éléments importants pour rendre l'expérience de l'allaitement positive pour les femmes, et contrer certains événements qui peuvent survenir et mettre en péril l'allaitement une fois sortie de l'hôpital.

Une enquête menée à Sherbrooke au Québec par Lessard et Gagné (1996) auprès de 36 mères, a permis de constater que, dans l'ensemble, suite à leur sortie de l'hôpital, les mères rencontraient plus de problèmes reliés à l'allaitement que de difficultés en regard des autres soins au bébé ou pour elle-même. Kearny et coll., (1990) ont réalisé une enquête sur les problèmes rencontrés par les mères dans les premières semaines d'allaitement.

Les six problèmes les plus fréquemment rencontrés étaient; les mamelons sensibles (21%), le bébé qui s'endort pendant la tétée (17%), le bébé difficile qui refuse le sein (17%), la mère qui a le cafard (16%), le bébé insatisfait après la tétée (15%) et la fréquence trop rapprochée des tétées (14%). Les auteurs suggèrent que, pour réduire les problèmes d'allaitement, les femmes aient la possibilité de verbaliser leurs désappointements et leurs frustrations avant de quitter l'hôpital. La vérification des attentes des mères face à leur expérience d'allaitement et l'aide fournie pour leur permettre de viser des objectifs réalistes devraient donc selon ces auteurs, débiter avant la sortie de l'hôpital.

L'infirmière par sa présence continuelle est bien placée pour aider les mères à se préparer aux éventuelles difficultés reliées à l'initiation de l'allaitement et leur fournir les informations au sujet des ressources disponibles en cas de besoin. Cependant, tout comme Barnett (1995), Patton, Beaman, Csar et Lewinski, (1996) ont dénoncé les attitudes négatives de plusieurs infirmières à propos de l'allaitement maternel, auxquelles ils attribuent l'insuccès de certaines activités de promotion de l'allaitement, principalement en milieu hospitalier. Or, selon une autre étude (Izatt, 1997), les infirmières seraient celles qui, parmi les professionnelles et professionnels de la santé, offrent le plus d'informations sur l'allaitement. Cette enquête par questionnaire auprès de 111 mères sur les informations reçues en regard de l'allaitement montre que dans la période postnatale immédiate, 87% des mères ont été informées par des infirmières, alors que 33% l'ont été par leur pédiatre et 27% par l'obstétricien (Izatt, 1997).

Cependant, même si les infirmières offrent plus d'informations sur l'allaitement maternel, elles n'apportent pas toujours le soutien attendu par les mères comme le montre l'étude de Courville (1995). Dans cette étude phénoménologique sur l'expérience des femmes allaitantes, Courville (1995) a rencontré 50 femmes à qui elle a expliqué le but de sa recherche. De ce nombre, 15 femmes furent retenues parce qu'elles répondaient aux critères de l'échantillonnage théorique. Parce qu'il vise la profondeur et mise sur l'expérience des femmes, l'échantillon devait être constitué de manière à avoir un éventail de femmes présentant différentes caractéristiques comme la situation familiale, le revenu, l'emploi et la parité. Trois des 15 femmes ont refusé, deux ont participé au prétest et l'échantillon final a été de 10 femmes. Celles-ci ont été rencontrées à deux reprises, une fois pendant le séjour à l'hôpital lors de l'accouchement, puis de neuf à 13 semaines suivant la naissance.

Il s'agissait d'entrevues individuelles semi-dirigées d'environ une heure, enregistrées sur magnétophone et accompagnées de notes d'observation de l'interviewere sur le milieu de vie et sur ses perceptions des interactions mère-enfant, mère-membres de la famille, mère-infirmière. Courville a réalisé une analyse qualitative systématique du contenu des données (Laperrière, 1982), une approche s'inspirant de la théorie ancrée où on cherche à faire émerger une théorie explicative à partir des perspectives des individus à l'étude.

Courville (1995) rapporte, suite à son analyse, que les femmes percevaient, de la part des infirmières, un manque de disponibilité, un faible intérêt à l'égard des difficultés rencontrées avec l'allaitement et une absence de soutien affectif. Le soutien infirmier reçu était axé sur des conseils techniques et perçu comme peu soutenant car souvent contradictoires.

D'autres études rapportent cependant les effets positifs sur l'expérience d'allaitement des mères, d'interventions infirmières comme celles qui facilitent le contact précoce mère-enfant et celles qui offrent un suivi téléphonique lors du retour à la maison (O'Leary et coll., 1997). Serafino-Cross (1992), a également démontré les effets positifs d'un programme de soutien à la maison par des professionnels, sur la durée de l'allaitement, mais ne spécifiait pas de quel type de professionnel il s'agissait. Puisque que les infirmières de CLSC offrent à certains endroits ce genre de soutien, on peut faire l'hypothèse que leurs interventions sont également efficaces. D'autres avis viennent questionner les propos précédemment mentionnés, ainsi Freed et coll. (1995) dans leurs commentaires sur les résultats de leur étude portant sur les attitudes et connaissances des médecins sur l'allaitement au sein, soulignent que, même si les infirmières sont souvent considérées comme la source primaire de soutien à l'allaitement, elles ne possèdent pas les connaissances, habiletés et le temps nécessaire pour le faire. Ils sont d'avis que les consultantes en lactation sont les meilleures ressources pour aider les mères avec l'allaitement.

On constate que si l'infirmière occupe une place privilégiée pour encourager et soutenir les mères allaitantes, leurs interventions sont encore loin d'être uniformes et répandues.

2.1.4 Facteurs liés aux pratiques hospitalières

Plusieurs facteurs liés aux pratiques hospitalières sont connus comme ayant un impact sur le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel. Le mode de distribution des soins qui prévaut dans le milieu hospitalier, par exemple, a un impact sur le type de soutien que les infirmières peuvent accorder. La cohabitation, dont l'influence sur l'expérience de l'allaitement sera abordée un peu plus loin dans cette section, est plus qu'un simple arrangement physique. En effet, en plus de modifier les pratiques, la cohabitation implique, de la part des infirmières, une attitude réceptive aux besoins particuliers des familles, afin d'offrir un soutien personnalisé (Wilmoth et Elder, 1995). Par contre, la distribution d'échantillons de préparations lactées est reconnue comme nuisant à la poursuite de l'allaitement.

Parmi les facteurs ayant une influence positive sur l'expérience d'allaitement, mentionnons : la tétée précoce (Freeman et Lowe, 1993), la cohabitation (Yamauchi et Yamanouchi, 1990; Freeman et Lowe, 1993; Samuel, 1996), l'absence de suce d'amusement (Victora, Tomasi, Olinto et Barros, 1993; Samuel, 1996) et l'absence de complément ou de supplément (Shrago, 1987; Kearney 1990; Freeman et Lowe, 1993; Wilmoth et Elder, 1995).

Une seule étude à notre connaissance, celle de Gray-Donald, Kramer, Munday et Leduc, (1985) n'a rapporté aucune différence sur la durée de l'allaitement entre un groupe de bébés allaités ayant reçu des suppléments à l'hôpital et un groupe de bébés allaités n'ayant reçu aucune préparation lactée. Dans les études précédentes, l'association observée entre l'utilisation des suppléments et la courte durée de l'allaitement était basée sur des études descriptives. Utilisant un devis expérimental, une approche permettant de réduire au minimum les sources potentielles d'erreurs (Fortin, 1996), Gray-Donald et coll., (1985) ont cherché à démontrer que cette association résultait de facteurs de confusion comme les caractéristiques de la mère et du bébé. Cependant le fait que les groupes à l'étude (avec ou sans restriction de suppléments en préparations lactées) ont tous reçus des suppléments en eau glucosé, est à notre avis une variable confondante suffisante pour questionner la validité des résultats.

D'autres auteurs ont également soulevé ce point (Freeman et Lowe, 1993) et certains ont même fait une mise en garde concernant les résultats de Gray-Donald et coll., (1985). En effet, les bébés du groupe sans restriction de supplément, en recevaient une quantité beaucoup moins grande (48 ml/jour) que ce qui est habituellement rapporté par les hôpitaux (Perez-Escamilla, Pollitt, Lonnerdal et Dewey, 1994).

Une autre nouvelle pratique hospitalière qui fait craindre pour l'expérience de l'allaitement c'est le court séjour.

Cependant les études semblent démontrer que la sécurité des bébés et la satisfaction des femmes ayant bénéficié d'un congé précoce ne sont pas affectés et aucun impact négatif sur l'expérience d'allaitement n'a été rapporté (Dalby, Williams, Hodnett et Rush, 1996; O'Leary et coll., 1997). Dalby et coll., (1996), par exemple, ont procédé à une évaluation d'un programme de court séjour du service d'obstétrique à deux sites en Ontario, avant et après la mise en œuvre du programme. Ils n'ont constaté aucune différence dans les taux de ré-hospitalisations et un degré de satisfaction analogue avant et après l'instauration du programme, ce qui correspond aux résultats de d'autres études dont ils font mention dans leur article.

Un certain nombre de femmes éprouvant des difficultés dans le démarrage de l'allaitement, c'est-à-dire les premiers jours suivant la naissance, on peut se demander si le court séjour risque de compromettre la poursuite de l'allaitement au sein. O'Leary et coll., (1997), ont procédé à une enquête descriptive auprès d'un échantillon de 101 femmes. Ils ont comparé l'incidence de l'allaitement et les facteurs ayant influencé l'arrêt de l'allaitement chez deux groupes de femmes, l'un ayant bénéficié d'un congé après 24 heures avec une visite de l'infirmière à la maison, et l'autre ayant obtenu un congé après 48 heures et n'ayant reçu aucune visite. Les groupes à l'étude était comparable sur le plan des facteurs sociodémographiques tel que l'âge, le degré de scolarité, l'état matrimonial et le type d'emploi. Le même outil d'évaluation de l'allaitement a été utilisé par les infirmières pour les deux groupes, à l'hôpital ou à la maison selon le cas.

Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes concernant la durée de l'allaitement après six à huit semaines ainsi que sur le plan des motifs de cessation de l'allaitement. Ces derniers correspondent aux motifs les plus souvent mentionnés dans les écrits peu importe la durée de séjour. Il semble donc que le court séjour, même de 24 heures avec une visite systématique de l'infirmière à la maison, ne soit pas nécessairement un facteur nuisant à l'allaitement. Par contre, le court séjour exige un changement dans les pratiques des professionnelles et professionnels de la santé afin de fournir une information et des conseils justes pour soutenir les mères dans le démarrage de l'allaitement adapté à ce contexte (Izatt, 1997).

Suite à une étude longitudinale auprès de 44 femmes, Coreil et Murphy (1988) ont mesuré l'effet de différentes variables sur la durée de l'allaitement. Les auteurs rapportent que l'environnement facilitant en milieu hospitalier est un important déterminant de la poursuite de l'allaitement. L'aménagement des chambres d'hôpital, la flexibilité des horaires des tétées et les politiques de ne pas donner de suppléments en eau ou lait sont parmi les éléments importants de l'environnement. Selon une enquête réalisée au Canada par Levitt et Hanvey (1995), l'écart des taux d'allaitement est très grand entre l'Est où le taux est le plus bas et l'Ouest qui a les plus haut taux.

Quoique on ne peut faire aucune inférence avec les données d'une enquête, les auteurs pensent que cet écart pourrait être associé aux pratiques hospitalières telles que: les cadeaux de préparations lactées, la supplémentation et la cohabitation (Levitt et Hanvey, 1995), ce que certaines études semblent vouloir confirmer. Par exemple, la distribution d'échantillons de substituts de lait maternel est une pratique hospitalière qui influence négativement la poursuite de l'allaitement chez certaines femmes (Freeman et Lowe, 1993; Perez-Escamilla et coll., 1994; Wilmoth et Elder, 1995) et des études ont montré que les suppléments à la bouteille donnés à l'hôpital sont associés aux difficultés d'allaitement à la maison (Kearney et coll., 1990).

Perez-Escamilla et coll., (1994) ont réalisé une méta-analyse sur l'effet des pratiques hospitalières sur l'allaitement maternel. Ils ont sélectionné les études ayant utilisé un devis quasi-expérimental ou expérimental et répertoriées sur le Medline pour les années 1951 à 1991. Comme ce type de devis permet habituellement de vérifier les relations entre des variables, la combinaison de plusieurs études ayant utilisé ces devis peut être informatif sur les liens entre certaines variables. Ainsi dans leur analyse, la combinaison des résultats de certaines études indique que la cohabitation et l'allaitement sur demande à l'hôpital a un effet positif sur le succès de l'allaitement. Concernant les suppléments au lait maternel, ils n'ont trouvé aucune association avec la poursuite de l'allaitement. Cependant une seule étude utilisant un devis expérimental faisait partie de leur analyse sur cet aspect.

Comme l'assignation aux groupes à l'étude ne se fait pas aléatoirement, certaines variables étrangères peuvent avoir échappé au contrôle des chercheurs. Il s'agissait de l'étude de Gray-Donald et coll., (1985) dont nous avons d'ailleurs mentionné précédemment quelques biais possibles.

Des modifications dans les pratiques hospitalières peuvent améliorer la situation de l'allaitement. La cohabitation, par exemple, est reconnue comme étant associée à une augmentation du poids de bébé ainsi qu'à une réduction du taux de supplémentation ($p < 0.01$) (Yamauchi et Yamanouchi, 1990). Les nombreuses études sur les différents facteurs affectant l'allaitement maternel ont suscité des modifications dans les pratiques hospitalières, mais de manière encore inégale au Québec comme au Canada. Par exemple, près de la moitié des hôpitaux canadiens donnent aux bébés allaités des suppléments au lait maternel, soit de l'eau ou un substitut de lait. Soixante quinze pourcent des hôpitaux canadiens et 80% des hôpitaux du Québec, offrent des tétines d'amusement aux nouveau-nés. De plus, bien que 89% des hôpitaux canadiens aient des chambres qui peuvent servir à la cohabitation, dans la pratique celle-ci ne se fait que 16 heures par jour (nombre médian d'heures de cohabitation). Au Québec, le nombre d'heures est de six heures et demie par jour, le taux le plus bas au Canada (Levitt et Hanvey, 1995).

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux a émis des recommandations en faveur de l'allaitement dans sa politique de périnatalité (MSSS, 1993).

Les associations des hôpitaux du Canada et du Québec ont également entériné la position de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'UNICEF de recommander l'adoption de politiques d'allaitement maternel dans leurs établissements (AHC, 1994). Il reste cependant beaucoup à faire pour que l'environnement hospitalier soit favorable à l'allaitement au sein. En effet, selon l'enquête de Levitt et Hanvey (1995) sur les pratiques et soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service de maternité, 58.4% des hôpitaux canadiens et 47.8% des hôpitaux québécois possèdent une politique écrite en matière d'allaitement.

Suite à cette recension des écrits sur les facteurs qui influent sur la décision d'allaiter et sur la durée de l'allaitement, on constate que plusieurs facteurs peuvent intervenir dans l'expérience d'allaitement des mères. Certains facteurs influent à la fois sur la décision d'allaiter et sur la durée de l'allaitement, d'autres spécifiquement sur une de ces étapes du comportement d'allaiter. Les modèles que nous avons regardé, tentent de comprendre le comportement d'allaiter mais ne réussissent pas à cerner complètement ce phénomène complexe. Cependant, ils nous aident à identifier les composantes sur lesquelles nos interventions peuvent agir. Par exemple, l'intention d'allaiter et plus particulièrement l'intention d'allaiter pendant une durée déjà prévue, semble être une variable importante dans l'actualisation même du comportement, et ce, malgré l'importance de d'autres facteurs comme le retour au travail.

Tous les éléments qui contribuent à forger une intention ferme d'allaiter pour un temps précis, par exemple pour six mois (si on vise à atteindre les recommandations nationales et celles de l'OMS), devrait donc être considérés et abordés dans le volet prénatal des programmes de promotion de l'allaitement maternel.

La recension des écrits a également soulevé l'impact des pratiques hospitalières et de l'approche des professionnelles et professionnels de la santé sur l'expérience des mères. Ce volet devrait donc également être touché par les programmes qui visent à améliorer la situation de l'allaitement. Finalement, nous avons surtout regardé dans cette partie de la recension des écrits, le rôle du soutien formel dans la poursuite de l'allaitement. Nous avons constaté que les infirmières pouvaient jouer un rôle important dans le volet postnatal mais qu'il restait encore beaucoup à faire pour l'exercer entièrement.

2.2 Programmes de promotion et de soutien à l'allaitement au sein

Bien que dans les écrits on ait beaucoup analysé les variables affectant l'expérience de l'allaitement, comme les pratiques hospitalières, le rôle des professionnelles et des professionnels de la santé et les caractéristiques psychosociales des mères, peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de programmes de promotion et de soutien à l'allaitement.

Dans la recension des écrits à ce sujet, on retrouve surtout des descriptions de différents projets menés pour promouvoir l'allaitement ainsi que les résultats observés, mais peu d'études ont vérifié les liens de cause à effet entre les programmes et leurs résultats.

2.2.1 Programmes couvrant une partie de la période périnatale

Comme l'ont constaté Wilmoth et Elder (1995), les quelques évaluations existantes concernent des programmes de promotion de l'allaitement comportant soit un volet pré, per ou postnatal mais rarement une combinaison des trois. Ces auteurs ont effectué une analyse des évaluations de différents programmes de promotion de l'allaitement de pays en voie de développement. Comme nous l'avons soulevé au point 2.1, l'allaitement est un phénomène complexe et tributaire de plusieurs facteurs. Quoique certains facteurs influant sur l'allaitement peuvent varier entre les pays industrialisés et ceux en voie de développement, on constate que certains de ces facteurs sont autant associés à l'expérience d'allaitement des mères de pays industrialisés qu'à celle des mères de pays en voie de développement. La publicité entourant les préparations lactées, les routines hospitalières et l'attitude des professionnelles et des professionnels de la santé envers l'allaitement ont un impact sur l'expérience des mères peu importe le pays.

Quoique l'analyse de Wilmoth et Elder (1995) soit intéressante autant pour les programmes de promotion de l'allaitement en pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, on ne précise cependant pas dans l'article, la méthode utilisée pour effectuer leur recension des écrits, ni la période observée. On mentionne que seuls les articles publiés sur des évaluations de programmes de promotion de l'allaitement faisant état de résultats d'allaitement ont été retenus, soit un total de 17 études. Leur analyse révèle que différents modes d'évaluation autant quantitatifs que qualitatifs ont été utilisés dans ces études. Il ressort que, de façon générale, les programmes ainsi que les devis d'étude pour les évaluer sont plus ou moins bien décrits. Le but et les objectifs des programmes, leur description, le contenu de la formation, le groupe cible, les variables confondantes ne sont pas nécessairement précisés, ce qui affecte la validité des conclusions et des recommandations émises.

Wilmoth et Elder (1995) ont constaté que la plupart des programmes étaient axés sur une ou deux interventions pour promouvoir l'allaitement maternel. L'enseignement aux mères et aux professionnelles et professionnels de la santé était l'intervention la plus utilisée dans les programmes. La modification des pratiques hospitalières, comme d'instaurer la cohabitation, d'éliminer les suppléments de substituts de lait et de favoriser la tétée précoce, occupe le deuxième rang.

Au troisième rang de l'analyse de Wilmoth et Elder (1995), on retrouve les programmes axés sur le soutien social et ceux qui misent sur l'application d'une réglementation sur les formules de lait pour créer un environnement protégeant l'allaitement. Un seul programme dans leur revue a utilisé les incitatifs (coupons, cadeaux) comme intervention pour promouvoir l'allaitement maternel.

Cette recension des écrits effectuée par Wilmoth et Elder (1995), fournit également de l'information sur les types de devis utilisés pour évaluer les programmes de promotion de l'allaitement. Ainsi, il apparaît selon les auteurs que l'étude comparative non expérimentale serait le devis le plus fréquemment retenu. L'enquête pré-expérimentale, par exemple, est souvent utilisée en prenant comme point de comparaison les données de dossiers médicaux ou de questionnaires adressés aux mères. Comme les circonstances dans lesquelles les données sont colligées peuvent varier grandement d'une enquête à l'autre, il faut interpréter les résultats avec prudence.

Les variables les plus souvent mesurées dans les études relevées par Wilmoth et Elder (1995) sont par ordre d'importance, la prévalence de l'allaitement, le taux d'allaitement exclusif (c'est à dire uniquement le lait maternel) et la durée de l'allaitement. Quelques études ont observé soit la morbidité et la mortalité, l'état nutritionnel d'un groupe d'enfants d'un village, la quantité de substituts lactés utilisés dans un établissement, l'économie réalisée par un hôpital grâce à la hausse de l'allaitement au sein.

Une difficulté relevée par Wilmoth et Elder (1995), concerne la définition des termes allaitement exclusif ou allaitement mixte, par exemple, qui varie d'une étude à l'autre. Les auteurs recommandent donc d'employer une terminologie standard dans les études subséquentes, soit celle de l'Organisation mondiale de la santé.

Malgré les lacunes dans la méthodologie des études, les résultats abondent dans le même sens, ce qui en soit est intéressant même si d'autres études seront nécessaires pour les valider. Par exemple, parmi les programmes décrits par Wilmoth et Elder (1995) qui sont axés sur la modification des pratiques hospitalières (cohabitation, contact précoce mère-enfant, abolition des biberons pré-allaitement), Relucio-Claveno (1981) a comparé les données des dossiers d'un groupe de mères avant l'implantation de l'intervention avec les données sur les mères ayant bénéficié de l'intervention. Une hausse du taux d'allaitement a été observée, passant de 40.7% en 1973 à 87.7% en 1977. L'article ne nous indique cependant pas si les chercheurs ont tenu compte de tous les facteurs autre que l'intervention pour expliquer cette hausse.

Wilmoth et Elder (1995) rapportent également les résultats observés avec le "Wellstart Program" par Schooley (1991) dans une communication personnelle. Ce programme, axé sur l'éducation, offrait des cours intensifs d'une durée de 4 semaines pour les professionnelles et les professionnels de la santé (pédiatre, obstétricien, infirmière et diététicienne).

Dans cette formation, ces derniers travaillaient à développer ensemble un programme éducatif pour leur région. Entre 1983 l'année où ont débuté les formations, et 1989, les effets suivants ont été observés : 80% des hôpitaux où on avait envoyé une équipe à la formation du "Wellstart" avaient instauré la cohabitation et les 2/3 offraient des cliniques d'allaitement, le nombre de biberons donnés de routine avait chuté de 79% à 14%, le délai entre la naissance et la première tétée était passé de 8 à 1.2 heures et le taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital était passé de 63% à 91%.

Un autre programme plus axé sur le soutien social et évalué par Burkhalter et Marin (1991), comportait de l'enseignement en prénatal suivi d'un service de visites postnatales pour six mois. Pour fins de comparaison, les auteurs ont formé un groupe témoin à partir des données sur les enfants nés avant l'implantation du programme. On a observé un taux d'allaitement à six mois de 74 % pour le groupe ayant reçu l'intervention comparativement à 30% pour le groupe témoin. Selon les auteurs, il n'y a pas eu de changement dans les conditions socio-économiques ou dans le mode de distribution de soins de leur région pouvant expliquer la hausse observée.

Les trois programmes suivants sont tous orientés sur le volet postnatal mais utilisent des interventions différentes pour assurer le soutien aux mères allaitantes. Mongeon et Allard (1995) ont évalué l'efficacité du soutien téléphonique par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement, en comparant le taux et la fréquence des difficultés rencontrées en cours d'allaitement chez des femmes réparties aléatoirement dans le groupe intervention et dans le groupe témoin. Ce devis expérimental de type post test seulement augmente la validité interne de l'étude. L'effet de certains facteurs comme la sélection des sujets, la maturation, les facteurs historiques sont diminués et l'effet de l'opération de mesure est éliminé dans ce devis. Leurs résultats montrent que l'intervention n'a ni augmenté la durée de l'allaitement des mères qui en ont bénéficié, ni réduit la fréquence des difficultés rencontrées, confirmant ce que d'autres études ont rapporté sur ce type d'intervention.

Utilisant le même type de devis décrit précédemment, Serafino et Donovan (1992) ont évalué l'efficacité d'un programme de soutien à la maison auprès de 52 femmes de niveau socio-économique faible. Ces femmes ont été assignées aléatoirement à un groupe d'intervention recevant de cinq à huit visites à la maison ou à un groupe de comparaison bénéficiant du suivi régulier, c'est-à-dire ayant accès aux services d'une nutritionniste au besoin mais ne recevant aucune visite à la maison. Deux mois après la naissance du bébé, 61.5% des femmes du groupe intervention allaient alors que 34.6% allaient dans le groupe de comparaison ($p < 0.01$).

À Toronto, une évaluation de programme d'un groupe de soutien à l'allaitement a été réalisée (Hodge, 1995). Le devis utilisé est celui d'une enquête téléphonique semi-structurée auprès d'un échantillon de convenance de 14 femmes sur le total des 33 femmes participant au groupe de soutien. L'auteure a eu recours à l'analyse qualitative du contenu des réponses aux questions ouvertes. Malgré le petit échantillon les auteurs nous rapportent des résultats intéressants, soit un taux de satisfaction très élevé envers le programme, une expérience positive de l'allaitement et un taux de 71% des femmes allaitant depuis plus de six mois (l'objectif premier du programme était que les femmes allaitent de six à neuf mois). Les auteurs de l'étude rapportent également certaines barrières à l'allaitement que les femmes ont identifiées, comme le manque de soutien des professionnelles et des professionnels de la santé et le manque d'acceptation dans les lieux publics.

Une limite de cette étude concerne l'absence de comparaison entre les répondantes et les non-répondantes provenant du groupe de soutien, et celles qui ne participent pas au groupe de soutien. En effet, celles-ci possèdent peut-être des caractéristiques différentes de celles qui se présentent au groupe de soutien, caractéristiques qui pourraient intervenir sur l'expérience d'allaitement et donc sur la durée. De plus, le rapport ne fait pas état de la situation existante avant la mise sur pied du groupe de soutien, ne nous permettant pas de vérifier si il y a eu amélioration.

Des programmes américains instaurés au Utah et en Alabama, comportent plusieurs interventions (éducation des mères, formation des professionnelles et professionnels, soutien) et couvrent principalement la période pré et postnatale. Ces programmes s'adressant aux mères de milieu défavorisé en Alabama et au Utah ont pu augmenter le taux d'allaitement de leur clientèle en mettant sur pied des activités promotionnelles (dépliants, affiches, vidéos, matériel d'allaitement, conférence de presse, articles de journaux, communiqués aux médecins) et des groupes de soutien. Le personnel de ces organismes a par ailleurs suivi une formation sur l'allaitement et des consultantes en lactation ont été embauchées pour participer au projet. Au Utah, seulement 50% des bébés de mères défavorisées étaient allaités comparativement à 73% dans l'ensemble du Utah. Selon leurs statistiques le taux d'allaitement a augmenté de 17% depuis le début du programme (Michaels, 1993).

En Alabama, ce programme aurait permis de doubler le taux d'allaitement chez les mères défavorisées, passant de 17% à 30% entre 1990 et 1992, toujours selon les statistiques du WIC Program (Carroll, 1994). Comme il ne s'agit pas d'une évaluation formelle, on ne peut cependant pas faire d'inférence entre les objectifs du programme instauré par WIC et la hausse observée dans le taux d'allaitement de leur clientèle. Une étude évaluative de leur programme serait tout indiquée.

Le programme suivant s'adresse également aux volets pré et postnatal en utilisant plusieurs interventions pour promouvoir l'allaitement au sein, dont les incitatifs. Utilisant un devis expérimental de type post test seulement, Sciacca, Phipps, Dubé et Ratliff, (1995) ont évalué l'effet de ce programme sur le taux et la durée d'allaitement de femmes de milieu défavorisé fréquentant leur clinique. Ces dernières ont été invitées à participer sur une base volontaire et devaient signer un consentement. Elles ont ensuite été assignées de manière aléatoire à un groupe avec intervention ou au groupe témoin.

Le groupe témoin avait droit au suivi habituel comprenant des cours prénataux, un gilet de bébé en cadeau aux mères allaitantes, l'accès à la location d'un tire-lait et l'accès à un groupe de soutien si désiré. Les femmes du groupe intervention devait assister en prénatal à une rencontre de deux heures sur l'allaitement au cours de laquelle leur était remis un cadeau (échantillons pour bébé comme de la poudre et du savon, un tire-lait, des couches). Dans le but de motiver également le conjoint à participer au projet, une paire de billets pour un match de football lui était remise s'il se présentait aux rencontres. La femme recevait également un autre cadeau si elle assistait à la série de rencontres de préparation à l'accouchement. Suite à la naissance du bébé, si elle acceptait une visite précoce pour l'évaluation de l'allaitement, elle recevait un autre cadeau. Après trois mois, les femmes qui allaient toujours recevaient un sac de couches et un billet de participation pour le tirage de différents prix (voyage, repas au restaurant, bon d'épicerie).

La mesure du taux de l'allaitement pour les deux groupes à l'étude, s'est effectuée à la sortie de l'hôpital, à deux semaines, six semaines et trois mois. On mesurait alors le taux d'allaitement exclusif, d'allaitement mixte ou d'alimentation avec préparations lactées. Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes sur le plan des données sociodémographiques. Il s'est avéré que le pourcentage d'allaitement était beaucoup plus élevé pour le groupe intervention à tous les temps de mesure et tous les résultats étaient significatifs ($p < .05$). Par exemple, le taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital était de 88% dans le groupe intervention et de 55% dans le groupe contrôle. Trois mois plus tard, le taux d'allaitement exclusif du groupe intervention était de 42% comparé à 17 % dans le groupe contrôle.

2.2.2 Programme couvrant l'ensemble de la période périnatale

Le dernier programme de cette recension est encore plus complexe car il comprend plusieurs interventions réparties cette fois sur toute la période périnatale. Le " Best Start Breastfeeding Education Program " (Hartley et O'Connor, 1996) s'adresse aux femmes de milieu défavorisé aux États-Unis afin de leur permettre de prendre une décision juste et éclairée concernant l'allaitement. Le programme inclut du matériel éducatif (dépliants, affiches, vidéo) ainsi qu'une formation sur l'allaitement maternel à l'intention des professionnelles et des professionnels de la santé. Cette formation de trois heures comprend, en plus des notions de base sur l'allaitement, des stratégies d'éducation.

Ainsi, au lieu de demander à la femme si elle va allaiter son bébé, on lui demandait ce qu'elle connaissait de l'allaitement, et l'information était donnée à partir de ses réponses. Comme outil complémentaire, une liste d'éléments à cocher est insérée au dossier prénatal de chaque femme et permet de s'assurer que les différents thèmes reliés à l'allaitement seront abordés lors des rencontres prénatales. Lors de l'accouchement, une infirmière spécialisée en allaitement est disponible pour le démarrage de l'allaitement à l'hôpital. Un suivi téléphonique est effectué au retour à la maison, ainsi qu'une visite dans les six à sept jours suivant le départ de l'hôpital. Une clinique de lactation est par ailleurs disponible pour répondre aux éventuels problèmes ou questions.

Une évaluation de ce programme a été réalisée par Hartley et O'Connor (1996). Les auteurs ont cherché à déterminer l'effet du " Best Start " sur le taux d'allaitement maternel. Il s'agissait d'une étude comparant les données des dossiers médicaux d'un groupe de 86 femmes avant le début de l'intervention et de 81 femmes après l'implantation du programme. Comme le recrutement ne s'est pas fait de façon aléatoire, il s'agit d'un devis quasi-expérimental dont la principale menace à la validité provient du fait que les groupes sont non équivalents. Pour vérifier l'équivalence des groupes, les chercheurs ont colligé des données sur le plan des facteurs sociodémographiques et ont constaté aucune différence significative entre les deux groupes.

Le pourcentage de femmes initiant l'allaitement a augmenté de façon significative suite à l'implantation du programme, en passant de 15% en 1993 à 31% en 1994 ($p<0.03$). Le pourcentage de femmes allaitant toujours après deux semaines a également augmenté de 13% en 1993 à 21% en 1994, mais pas de manière significative ($p<.20$).

Leur programme semble donc avoir eu un impact important sur le taux initial d'allaitement mais on observe quand même une diminution importante du taux d'allaitement après quelques semaines. Les auteurs croient que cela est relié au fait qu'il n'y a pas de soutien disponible à long terme pour assurer la poursuite de l'allaitement (Hartley et O'Connor, 1996).

À la lumière de la recension des écrits, on constate que la plupart des programmes d'allaitement documentés et évalués s'adressent à un volet particulier de la période périnatale et se limite à une ou deux interventions de promotion ou de soutien. Le taux et la durée de l'allaitement sont les variables qui ont le plus servi à appuyer les évaluations des programmes. Ceci apparaît logique étant donné que les recommandations des organismes de santé comme l'OMS-UNICEF, l'Association des pédiatres etc.... sont formulées en terme d'objectif de taux et durée à atteindre.

Comme d'autres auteurs nous croyons en la nécessité d'instaurer des programmes de promotion de l'allaitement maternel (Donnelly, 1994; Gilbert et Lepage, 1996), mais plus spécifiquement de mettre en place des initiatives multi-sectorielles qui assurent un continuum dans la protection et le soutien de l'allaitement (Maclean 1989; Bergman, 1993; Moxley, 1994). La première partie de la recension des écrits démontre la complexité du phénomène de l'allaitement. Le rôle des différents facteurs pouvant influencer sur l'expérience a plus de chance d'être considéré dans le cadre de programme intégré, c'est-à-dire s'adressant à plusieurs volets durant toute la période périnatale. Comme ce genre d'initiative est encore rare, une recherche évaluative sur un programme intégré de promotion et de soutien à l'allaitement maternel serait indiquée pour la pratique et pour l'avancement des connaissances sur le sujet.

Étant donné qu'un programme intégré de promotion et de soutien à l'allaitement est connu dans la région et suscite beaucoup d'intérêt au Québec, une première évaluation de ce dernier est pertinente. Le chapitre suivant traite donc de la méthodologie utilisée dans le cadre de la présente étude pour réaliser l'évaluation formative du programme implanté dans Brome-Missisquoi.

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE

Tel que mentionné précédemment, cette étude pilote vise l'évaluation formative d'un programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel, en utilisant entre autre les résultats d'une enquête réalisée en 1996 auprès des femmes ayant accouché dans Brome-Missisquoi. Le type de devis retenu, les variables à l'étude, la source et le traitement des données ainsi que les considérations éthiques seront abordés dans ce chapitre.

3.1 Devis de l'étude

S'appuyant sur une méthode inductive, l'évaluation formative vise la découverte de résultats et leurs liens possibles avec le programme à l'étude. L'évaluation formative est une méthode qui permet de suivre le développement d'un programme afin de l'améliorer. Cette évaluation doit être envisagée comme une étape préalable à la réalisation d'une recherche évaluative qui elle, vise l'établissement d'une relation causale entre un programme et ses résultats (Leconte et Rutman, 1982; Lefrançois, 1992).

L'évaluation formative utilise différentes façons de recueillir les informations comme les entrevues, les questionnaires et le contenu de dossiers. L'évaluation formative permet d'identifier les variables pertinentes et tente de trouver des liens de causalité possible, jetant ainsi les bases d'une recherche évaluative éventuelle qui essayera de vérifier ces hypothèses (Rutman et Lecomte, 1982).

En effet, avant de procéder à une évaluation des effets d'un programme, certains critères doivent être remplis. On doit d'abord avoir un programme clairement articulé, des objectifs et des effets attendus précisés et un lien logique entre le programme et les objectifs doit se dégager (Leconte et Rutman, 1982). L'évaluation a pour but ultime de porter un jugement de valeur sur une activité, un service ou n'importe quelle partie d'un programme (Champagne, Constandriopoulos, Pineault, 1985). Elle peut se faire de plusieurs façons selon le stade de développement du programme et du but poursuivi. On distingue trois phases utiles à l'évaluation : au moment de la planification du programme, en cours d'implantation en vue de l'améliorer ou après un certain temps pour en déterminer les effets (Champagne et coll., 1985; Rossi et Freeman, 1993).

Dans le cadre du programme de promotion et soutien à l'allaitement de BMP, une consultation par questionnaire écrit auprès des intervenantes et intervenants, a été réalisée en 1994 avant l'implantation du programme et a aidé à sa planification. Il s'agissait alors d'une évaluation stratégique tel que décrite par Champagne et coll., (1985). En effet, l'analyse des réponses au questionnaire de consultation a permis d'identifier des besoins en formation pour les professionnelles et professionnels afin d'assurer l'uniformité et la cohérence des informations transmises aux familles utilisant les services de périnatalité, ainsi que la nécessité d'instaurer des mécanismes assurant une concertation dans le suivi de celles-ci.

Ces constatations ont servi de base à l'élaboration des objectifs du programme implanté en 1994 qui seront décrits au point 3.2.1. Enfin, en cours d'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement de BMP, une première évaluation de processus (Champagne et coll., 1985) a été réalisée. Un questionnaire postal complété par la clientèle a été l'outil d'évaluation utilisé à cette étape de développement du programme.

Comme l'objectif d'une évaluation doit être en relation étroite avec le stade de développement d'un programme (Leconte et Rutman, 1982), et que nous en sommes aux premiers stades d'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement de BMP, il convient dans le cadre de la présente étude, de réaliser une évaluation formative (Péladeau et Mercier, 1993). Notre étude s'intéressera à l'examen du programme et de certains résultats observés.

3.2 Variables à l'étude

Cette étude comprend six variables, une principale et cinq secondaires. La variable principale est le programme de promotion et de soutien à l'allaitement de BMP et sera détaillée au point 3.2.1. Les variables secondaires sont liées aux résultats observés et seront détaillées au point 3.2.2.

3.2.1 Variable principale

Le programme de promotion et de soutien à l'allaitement développé et implanté à BMP est notre variable principale. Sa description permet de répondre au deuxième objectif de notre étude. Il nous apparaissait important avant de décrire le programme comme tel, de reconstituer l'historique de ce dernier. C'est pourquoi le premier objectif de l'étude vise à décrire la démarche ayant mené à l'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel.

Les étapes de planification qui précèdent l'implantation d'un programme sont en quelque sorte la base de son édification. Nous pensons que cela joue un rôle dans le succès d'un programme et qu'il faut y porter une attention particulière. Comme l'on fait remarquer Péladeau et Mercier (1993), bien que cette étape soit inhérente au processus, peu de rapport d'évaluation font état du travail de familiarisation effectué avant d'entreprendre l'évaluation. Une approche qualitative permet de saisir l'origine, l'organisation et la portée du programme à l'étude (Péladeau et Mercier, 1993). L'utilisation des documents existants et des discussions avec les responsables du programme ont conduit à la description du contenu du programme et de la démarche qui a mené à son implantation.

3.2.1.1 Planification et implantation du programme de Brome-Missisquoi-Perkins

Le programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel développé à l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins constitue un véritable programme de santé tel que défini par Pineault et Daveluy (1986);

"Un programme de santé est constitué par un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis." (p.58)

Nous présentons dans le tableau 1, les étapes de planification et d'implantation du programme inspiré de la démarche de planification en santé selon Pineault et Daveluy (1986). Les étapes nommées dans la colonne de gauche se sont réalisées de façon continue de 1994 à 1997. Cependant, les différentes sous-étapes se sont déroulées parfois simultanément ou bien à la suite l'une de l'autre. Le tableau 1 est présenté à titre informatif, pour illustrer la démarche suivie par les membres du Comité responsable de la planification puis de l'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel.

Tableau 1 Étapes de planification et d'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de l'hôpital BMP.

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES	Été 1994: Formation d'un comité de travail Automne 1994: Consultation par questionnaire auprès des intervenantes et intervenants
ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS	Principaux besoins identifiés lors de la consultation: *Uniformiser l'enseignement transmis aux familles *Assurer un soutien *Créer une collaboration interétablissements
ÉLABORATION DU BUT	But du programme: Favoriser une expérience positive des femmes allaitantes peu importe la durée de l'allaitement
FORMULATION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX	Objectif 1: Améliorer les connaissances des intervenantes et intervenants afin d'assurer la cohérence de l'information et un meilleur soutien aux parents Objectif 2: Créer un environnement qui favorise l'allaitement à l'hôpital Objectif 3: Encourager les mères à continuer l'allaitement au sein après leur sortie De l'hôpital
PRÉVISION DES RESSOURCES	Matérielles: Outils à développer (Pochettes d'informations remises aux mères à L'hôpital, vidéo, feuillets d'informations remis en prénatal, feuilles de Travail pour les infirmières) Humaines: Les médecins Les infirmières d'obstétrique Les infirmières du CLSC Les conseillères de la Ligue La Léché Financières: Bénévolat ad 1995, Budget Programme Clientèle par la suite.
OPÉRATIONNALISATION DES OBJECTIFS	Objectif 1 -Préparation d'un guide de référence commun pour tous les intervenantes et intervenants -Formation de base pour tous les intervenantes et intervenants -Préparation et remise des feuillets d'informations à distribuer aux mères par les médecins en cliniques privées -Achat des cassettes-vidéos pour aider la prise de décision d'allaiter et les distribuer aux cliniques privées. En mettre une disponible à la bibliothèque municipale -Information donnée aux familles au sujet de la politique d'allaitement maternel de l'hôpital via les cours prénataux et lors de la visite mensuelle au Pavillon des naissances. Objectif 2 -Réaménagement physique (concept de chambres uniques) -Changement de mode distribution des soins (soins globaux mère-enfant) -Modification des pratiques hospitalières (basée sur les dix conditions de l'OMS-UNICEF) -Initiation de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Arrêt de distribution des paquets-cadeaux) Objectif 3 -Développement de mécanismes de suivi à domicile (relance téléphonique, visite précoce)
MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME	Mai 1995 *Inauguration officielle du programme *Formation continue des intervenantes et intervenants *Remise des pochettes d'informations aux familles *Relance téléphonique assurée par les membres du comité dans leurs heures de travail régulières. *Intégration de la relance téléphonique dans les tâches des infirmières.
ÉVALUATION	Informelle (en cours de route) *Réajustement des différents outils développés *Réception des commentaires et observations des infirmières de l'hôpital, du CLSC, des médecins, de la Ligue la Léché, des clientes Formelle: Novembre 1996 *Décompte des taux d'allaitement à l'hôpital, puis par la suite via le CLSC *Analyse des questionnaires d'évaluation postale retournés par les mères (sur leur satisfaction) *Enquête téléphonique auprès des mères ayant accouchées dans la période de novembre 95 à avril 96

Un premier comité regroupant des infirmières de BMP, entreprit en 1994 d'identifier les problématiques concernant l'allaitement via un questionnaire écrit adressé aux intervenantes et aux intervenants en périnatalité du territoire de Brome-Missiquoi (voir le questionnaire à l'annexe II). On leur demandait par exemple, d'identifier les difficultés les plus souvent rencontrées par les mères lors du retour à la maison. Les personnes consultées rapportaient la transmission d'informations contradictoires aux familles, le manque de soutien, les problèmes de gerçures et de crevasses aux seins. Le questionnaire a également permis d'identifier avec l'aide des répondantes et des répondants, des pistes de solutions aux difficultés relevées. Des suggestions portant sur la nécessité d'établir une concertation entre les diverses personnes qui interviennent auprès des mères, sur l'importance de donner la même information et de favoriser le plus possible le contact mère-enfant ont été proposées. Le tableau synthèse des réponses à ce questionnaire se retrouve à l'annexe III.

Le Comité d'infirmières a rapidement réalisé que les problèmes rencontrés avec l'allaitement à BMP, dépassaient largement l'intervention offerte dans le cadre du séjour hospitalier. La nécessité d'agir durant toute la période périnatale fut identifiée dès le départ. L'objectif principal du programme de BMP, était de rendre l'expérience des femmes allaitantes la plus positive possible, peu importe la durée de l'allaitement. À l'instar de d'autres initiatives le programme visait à recréer une culture de l'allaitement maternel. Mais pour ce faire, il était nécessaire d'agir sur plusieurs volets et à différents niveaux.

Le Comité formé jusque-là d'infirmières de BMP, intégra alors d'autres membres pour élargir le cadre d'intervention visé et se transformer en Comité responsable du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel qui allait être développé. Une représentante des infirmières du CLSC et un médecin représentant les cliniques privées s'ajoutèrent au comité. La responsable de la Ligue La Leche de la région fut également sollicitée comme personne ressource ainsi qu'un médecin expert-conseil en allaitement maternel.

3.2.1.2 Description du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de l'hôpital BMP.

Le tableau 1 présentait le processus de planification ayant conduit à l'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (BMP). Nous présentons maintenant les trois volets (prénatal, hospitalier et postnatal) du programme tel que dispensé en 1996. Le programme est basé sur la concertation des divers intervenantes et intervenants auprès des femmes et leurs familles durant toute la période périnatale, afin de soutenir, protéger et encourager l'allaitement au sein.

Volet prénatal

Durant la période prénatale lorsque la cliente consulte son médecin pour un suivi de grossesse, celui-ci aborde le sujet de l'allaitement et lui remet des informations écrites. Le médecin lui propose également de visionner une cassette-vidéo sur l'allaitement produite par la Ligue La Leche.

Toutes les cliniques privées ainsi que la bibliothèque municipale ont une copie de cette cassette à la disposition des futures mères.

À l'intérieur des cours prénataux dispensés conjointement par le CLSC et l'hôpital, les bienfaits de l'allaitement sont également enseignés et les mythes, croyances, attitudes négatives envers l'allaitement y sont traités. Dans le cadre des rencontres individuelles à l'intérieur du programme OLO (œuf, lait, orange), les infirmières du CLSC informent et encouragent les femmes à allaiter. Pour les femmes enceintes suivies en cliniques privées et qui ne participent pas aux cours prénataux, une visite du Pavillon des naissances est proposée par les médecins. La visite de groupe permet d'aborder le sujet de l'allaitement qui occupe une place privilégiée au Pavillon des naissances de BMP.

Volet hospitalier

Lorsque la femme se présente pour l'accouchement, l'infirmière qui l'accompagne évalue par entrevue semi-dirigée, sa motivation à allaiter, ses connaissances et expériences sur le sujet. L'infirmière inscrit par la suite ces informations sur une grille de collecte des données développée par le Comité responsable du programme de promotion et de soutien à l'allaitement de BMP (voir annexe IV).

Souvent complétée à l'admission de la femme, la première section de la grille permet de recueillir les informations sur la motivation de la femme à allaiter, ses expériences antérieures, ses attentes face à l'allaitement, ainsi que l'état de ses mamelons afin d'évaluer le type de suivi à assurer durant le séjour. La deuxième section de la grille sert à recueillir des données sur l'allaitement au départ de l'hôpital. La date d'accouchement, la date de départ et des notes sur l'expérience d'allaitement jusqu'à présent permettent de déterminer s'il y a nécessité d'assurer un suivi précoce par le CLSC lors du retour à la maison. La troisième section est utilisée lors de la relance téléphonique quelques jours suivant le congé. Cette relance tient compte des informations consignées dans les sections un et deux de la grille de collecte des données. Comme plusieurs infirmières sont appelées à faire la relance téléphonique, la procédure permet d'identifier rapidement si l'appel a été fait, si la cliente a été rejointe ou non, les commentaires pertinents sur l'allaitement, les références qui ont été proposées et la nécessité ou non de rappeler la cliente.

Pendant le séjour hospitalier, aussi court soit-il, plusieurs interventions se veulent facilitantes pour le démarrage de l'allaitement qui est, selon plusieurs études, fortement lié à la poursuite de l'allaitement au sein. Ainsi, dès la naissance le contact précoce est privilégié. Les infirmières sensibilisées à l'influence de la tétée précoce sur le démarrage de l'allaitement, sur l'involution utérine ainsi que sur le processus d'attachement, organisent leurs soins et surveillance post-accouchement de manière à ne pas séparer la dyade mère-bébé.

La bonne prise du sein, les différentes positions et l'importance de les alterner, les signes que le bébé boit bien, le principe de l'offre et de la demande, sont autant d'éléments enseignés à la mère ainsi qu'au conjoint, puisque ce dernier est un acteur important dans le soutien et l'encouragement à l'allaitement. D'ailleurs à BMP, le conjoint a la possibilité de séjourner avec la mère et leur nouveau-né, ce qui permet de maximiser les possibilités d'enseignement.

La cohabitation du nouveau-né avec ses parents facilite grandement l'apprentissage des soins au nouveau-né et la transmission de conseils, d'informations à toute heure du jour et de la nuit. Les parents apprennent à reconnaître les signes d'intérêt à la tétée et les signes de satiété chez leur bébé. Le mode de distribution des soins fait également en sorte que dans le meilleur des cas, les parents seront accompagnés par une seule infirmière à chaque quart de service et idéalement par les mêmes infirmières durant leur séjour. Mais dans tous les cas, l'enseignement prodigué est maintenant plus cohérent et uniforme puisque tout le personnel a suivi la même formation de base, et se maintient à jour par de la formation continue, une composante essentielle du programme.

Lors de situations d'allaitement particulières, les intervenantes et intervenants peuvent se référer à un guide commun, inspiré des lignes directrices de l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI, 1993), et aux plans de soins types élaborés dans le cadre du programme.

Par exemple, dans le cas d'un nouveau-né ne démontrant aucun intérêt à la tétée, plutôt que d'utiliser un biberon pour l'alimenter, les infirmières auront recours à différentes méthodes (verre, compte-gouttes, dispositif d'aide à l'allaitement, technique d'alimentation avec le doigt) selon la situation pour lui donner le lait maternel. Un élément important à ne pas oublier lorsque l'on a recours à ces différentes méthodes, c'est la stimulation de la montée de lait par l'expression manuelle ou avec un tire-lait. À BMP on tente de l'entreprendre le plus rapidement possible chez toutes les mères allaitantes.

L'importance accordée à l'allaitement transparaît aussi sur les murs du Pavillon des naissances. En effet, il n'y a aucune publicité de produits lactés au Pavillon, que ce soit sous forme de brochures, affiches ou cadeaux de compagnies de lait. Ceci parce que l'établissement a choisi d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (OMS, 1981), qui dénonce cette forme de publicité (annexe I). On voit donc plutôt sur les murs des chambres, des laminés sur les avantages de l'allaitement et dans les corridors, des images de femmes allaitantes.

Volet postnatal

Une fois la mère et le bébé sortis de l'hôpital, c'est l'infirmière du CLSC qui prend la relève pour assurer le soutien de l'allaitement lors de la visite postnatale à domicile.

L'infirmière du pavillon aura alors complété le formulaire de continuité des soins, qui parviendra par télécopieur au CLSC. L'infirmière du CLSC contacte la famille 24 heures suivant le retour à la maison pour confirmer sa visite à une date leur convenant. Un consentement signé par la cliente autorise la communication des informations interétablissements. Dans les cas où une famille quitte l'hôpital avec une problématique particulière, par exemple un bébé qui ne tète pas encore au sein mais avec des dispositifs d'aide à l'allaitement, une visite systématique est alors prévue par l'infirmière du CLSC et ce dans les 24 heures suivant le retour à la maison.

Une infirmière du pavillon communique également avec la nouvelle famille dans les jours suivant le congé. La relance téléphonique a pour but de répondre aux questions suscitées par le retour à la maison, rassurer et encourager les mères qui allaitent. Les familles sont également informées des différentes ressources disponibles, mais cet appel effectué par les infirmières du Pavillon est toujours apprécié. Auparavant effectué dans les 24-48 heures suivant le congé de l'hôpital, la relance téléphonique a été reportée à une semaine suivant le congé et devrait éventuellement disparaître puisque le relais par le CLSC est maintenant bien établi. Les fins de semaines ou la nuit, lorsque les autres ressources ne sont pas disponibles, les familles ont aussi la possibilité de communiquer avec les infirmières du Pavillon et parfois même de se présenter pour de l'aide à l'allaitement ou pour un suivi particulier.

Afin d'assurer un soutien continu durant cette période vulnérable du premier mois d'allaitement, les familles sont informées des coordonnées des différentes ressources du territoire, reçoivent la visite de l'infirmière du CLSC et revoient leur médecin vers la deuxième semaine de vie du bébé.

3.2.2 Variables secondaires

L'étude étant avant tout de nature descriptive, nous présentons un portrait de l'expérience d'allaitement de la population étudiée. Les cinq variables secondaires suivantes nous permettent de répondre aux objectifs trois à sept de notre étude.

- La première variable secondaire concerne les motivations, les motifs ou les facteurs ayant contribué à ce que les femmes allaitent leur bébé. Les données sur cette variable peuvent orienter l'information à transmettre aux futures mamans et la nature des interventions à privilégier dans le cadre du programme à l'étude. Les données de cette variable nous permettent de répondre à l'objectif trois de l'étude, soit d'identifier les facteurs ayant contribué à ce que les femmes allaitent.
- La deuxième variable secondaire porte sur les raisons de l'arrêt de l'allaitement, c'est-à-dire les facteurs ayant contribué à l'arrêt de l'allaitement. Les données sur cette variable permettront aux responsables du programme à l'étude de discerner les éléments à améliorer dans le cadre des activités du programme, nous permettant de répondre à l'objectif quatre de l'étude.

- La troisième variable secondaire porte sur les facteurs qui auraient pu contribuer à la poursuite de l'allaitement. L'étude de cette variable vise à identifier tout élément qui aurait pu aider la mère à allaiter plus longtemps. Ceci permettra d'identifier des pistes pour améliorer le programme à l'étude et de répondre à l'objectif cinq de la présente étude.
- La quatrième variable secondaire, soit la satisfaction de l'expérience d'allaitement chez les mères ayant bénéficié du programme réfère à la façon dont la mère qualifie son expérience sur une échelle de likert qui va de très satisfaisante à pas satisfaisante. Les résultats en lien avec cette variable permettront de répondre à l'objectif six de notre étude. Ce dernier se situe en lien direct avec le but du programme de BMP qui est de favoriser une expérience d'allaitement positive.
- La cinquième variable secondaire à l'étude réfère à la durée de l'allaitement (exclusif ou mixte) en mois. Les résultats en lien avec cette variable permettront de répondre à l'objectif sept de notre étude. Ce dernier est lié à l'objectif trois du programme de promotion et de soutien à l'allaitement consistant à encourager les mères à continuer l'allaitement après le congé de l'hôpital.

3.3 Déroulement de l'étude

Cette partie de la méthodologie comprend plusieurs sections. Nous présentons d'abord la source des données sur les variables secondaires, soit l'enquête téléphonique réalisée en 1996 par les infirmières du Pavillon des naissances de BMP. La procédure et les instruments qui ont servi à recueillir les données sont également présentés. Les considérations éthiques liées à l'étude termineront cette section.

3.3.1 Source des données

L'évaluation formative examine les liens possibles entre les différentes variables à l'étude, sans prétendre à des liens de causalité. C'est pourquoi l'utilisation de plans expérimentaux n'est pas nécessaire. On reconnaît alors que les données sont plus équivoques et suggestives que définitives (Leconte et Rutman, 1982). Cependant, la collecte de données et les mesures utilisées doivent tendre vers un maximum de fiabilité et de validité.

Dans le cadre de cette étude, nous utilisons les réponses à un questionnaire (voir annexe V) issues d'une enquête téléphonique réalisée en novembre 1996 par les infirmières du Pavillon des naissances, dont la population cible était l'ensemble des femmes qui accouchent à l'hôpital BMP et ayant décidé d'allaiter. Le but de l'enquête était de recueillir des données sur l'expérience d'allaitement des femmes accouchant à BMP.

L'échantillon avait alors été sélectionné à partir des grilles de collecte des données sur l'allaitement complétées lors du séjour hospitalier et qui sont conservées au Pavillon des naissances. L'enquête a eu lieu en novembre 1996 et s'adressait aux femmes ayant accouché entre novembre 1995 et avril 1996. Les femmes rejointes avaient donc accouché depuis une période qui variait entre deux mois à un an avant l'appel téléphonique.

Des 354 femmes qui avaient accouché à BMP pendant la période observée, 276 femmes allaitantes ont été contactées et ont accepté de répondre au questionnaire. L'arrêt de l'enquête a été décidé arbitrairement par l'infirmière-chef qui jugeait avoir recueilli suffisamment de données pour les besoins de l'évaluation.

3.3.2 Procédure de l'enquête de 1996

Les infirmières du Pavillon des naissances ont toutes reçu l'information sur la procédure de l'enquête téléphonique par la même personne, soit l'infirmière chef. Chacune des infirmières du département pouvait effectuer des appels sur le quart de service de jour et de soir lorsque le temps le permettait. Un total de dix infirmières ont participé. Chaque entretien pouvait durer entre 5 à 10 minutes. L'enquête s'est déroulée sur un mois.

3.3.3 Instruments de l'enquête 1996

Deux instruments soit; le questionnaire d'enquête téléphonique et la grille de collecte des données sur l'allaitement utilisée lors du séjour hospitalier, ont été utilisés lors de l'enquête téléphonique. L'enquête visait à recueillir des informations auprès des mères suite à l'implantation du programme afin de justifier sa pertinence.

3.3.3.1 Questionnaire d'enquête téléphonique

Dans le cadre de la présente étude, nous utilisons les données obtenues à l'aide du questionnaire utilisé lors de l'enquête téléphonique de 1996. Il est important de s'assurer de la qualité de cet instrument de mesure. Selon Fortin (1996), la validité du contenu du questionnaire d'entrevue doit être vérifiée par des experts qui jugeront si l'instrument est représentatif du domaine à évaluer.

Parmi les différentes approches possibles pour établir la validité du contenu, le recours aux experts est fréquemment utilisé. Il existe deux types de validité de contenu qui sont basés sur le jugement des pairs, soit la validité par consensus et la validité nominale. Alors que la validité par consensus exige qu'un panel d'experts examinent dans quelle mesure l'instrument traduit le phénomène à mesurer, la validité nominale est un processus par lequel un seul expert juge de la validité de l'instrument en évaluant si les énoncés semblent correspondre aux caractéristiques à mesurer (Fortin, 1996).

Dans le cas du questionnaire d'enquête téléphonique de 1996, les énoncés de l'instrument ont été construits en fonction des objectifs du programme et des connaissances sur le phénomène à mesurer, des infirmières du Comité responsable du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de BMP. Ceci s'apparente à une validation de contenu par consensus d'experts. En effet chacune des infirmières a une vaste expérience en périnatalité, et trois d'entre elles possèdent une formation universitaire. Il faut cependant noter que ce type d'évaluation est plus de nature qualitative et ne représente pas nécessairement une preuve de validité du contenu du questionnaire utilisé dans l'enquête téléphonique de 1996 (Fortin, 1996). Après que les membres du Comité responsable du programme se soient entendus sur les variables pertinentes pour identifier certains résultats du programme et orienter l'amélioration du programme, le questionnaire fut rédigé par une des infirmières.

Une révision de la forme et du contenu a ensuite été effectuée par l'infirmière chef également membre du Comité responsable du programme. Une infirmière bilingue a ensuite traduit le questionnaire en anglais et l'a soumis à l'approbation d'une autre infirmière bilingue. Le questionnaire comportant des questions fermées (4) et ouvertes (4), portait sur la durée de l'allaitement, le degré de satisfaction des femmes, les facteurs motivant le choix d'allaiter, les raisons de cessation, les motifs de consultation (pour le nouveau-né ou l'allaitement), les ressources utilisées et les éléments qui auraient pu aider à continuer d'allaiter.

Le questionnaire était utilisé par les infirmières lors d'une entrevue téléphonique semi-dirigée. Puisque à ce moment-là l'enquête visait uniquement l'obtention de données pour améliorer le programme, aucune donnée sociodémographique ne fut recueillie. Aucun profil sociodémographique des participantes ne pourra donc être établi dans la présente étude.

3.3.3.2 Grille de collecte des données sur l'allaitement lors du séjour hospitalier

Pour rejoindre les mères, la grille de collecte des données sur l'expérience d'allaitement complétée lors du séjour hospitalier (annexe IV) et contenant les coordonnées des mères, dont leur date d'accouchement, a été utilisée. Ces grilles sont conservées dans le bureau de l'infirmière-chef suite au départ des mères car elles ne font pas partie du dossier officiel. Les grilles sont dans une boîte et ne sont pas rangées dans un ordre particulier. Avant de procéder à l'appel téléphonique, l'infirmière choisissait donc au hasard une de ces grilles à laquelle elle attachait le questionnaire d'enquête qu'elle complétait en cours d'entretien.

3.4 Considérations éthiques

Les données utilisées pour la présente étude proviennent de l'enquête téléphonique réalisée en novembre 1996. Nous considérons que le fait de répondre au sondage constituait un consentement implicite de la part des participantes, ne nécessitant aucune autre forme de consentement dans la présente étude.

L'autorisation d'utiliser les données pour l'étude actuelle à été obtenue auprès de la Direction de l'hôpital BMP comme le permet la Loi sur les services de santé et des services sociaux, article 19 et spécifié dans l'article 125 de la loi sur l'accès aux documents (lettre d'autorisation à l'annexe VI).

Puisque nous utilisons du matériel invoqué sous forme de données compilées dénominalisées et que nous n'avons aucun contact avec les sujets, il n'a pas été nécessaire de soumettre notre projet au Comité de déontologie de la recherche chez l'humain du Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE) et de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

CHAPITRE 4 TRAITEMENT, ANALYSE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre seront exposés le traitement et l'analyse des données, ainsi que les résultats obtenus. Les données de la présente étude sont issues de l'enquête téléphonique réalisée en 1996 par les infirmières du Pavillon des naissances. Les réponses des mères au questionnaire de l'enquête ont été inscrites directement sur les questionnaires par les infirmières qui effectuaient les appels téléphoniques. Les réponses à chacune des questions ont été compilées sur une grille synthèse par deux infirmières du Pavillon des naissances. Le traitement des données s'est effectué à partir de cette grille et de deux façons: une analyse catégorielle de contenu pour les réponses aux questions ouvertes de l'enquête, et une analyse statistique descriptive pour les aspects quantitatifs des données. Nous présentons les résultats des différentes analyses effectuées à partir des réponses des mères à l'enquête téléphonique. Les résultats en lien avec nos objectifs de recherche sont présentés sous forme narrative et accompagnés de tableaux résumant l'information.

4.1 Étapes de l'analyse qualitative de contenu

Les réponses des 276 mères aux questions ouvertes portant sur les motivations à allaiter, les raisons d'arrêt de l'allaitement et les facteurs qui auraient contribué à la poursuite de l'allaitement, ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu. L'analyse qualitative de contenu utilisée dans notre étude s'inspire de l'approche logico-sémantique décrite par Mucchielli (1991).

La catégorisation des réponses à une question ouverte est une des applications les plus fréquentes de cette méthode. Cette approche permet de procéder par inventaire, dénombrement, caractérisation-codification et recherche éventuelle de relation, à partir de la compréhension du sens des idées exprimées, de la perception des analogies de sens et des hiérarchies de sens (Mucchielli, 1991). Ce type d'analyse comprend le dépouillement des données, leur inventaire, leur classement en catégories et leur quantification.

Catégorisation des données

Pour catégoriser les données, nous nous sommes surtout inspiré de la procédure de réduction des données décrite par Contandriopoulos et coll., (1993) et Anadon (1989) qui consiste essentiellement à repérer les mots, unités sémantiques et groupe de mots afin de les constituer en thèmes. Cette analyse comprend plusieurs étapes.

Étape 1: Vérification de la fiabilité des données

Les réponses des mères au questionnaire téléphonique ont été inscrites par les infirmières du Pavillon des naissances de BMP lors de la collecte de données de l'enquête 1996. Les infirmières ont par la suite compilé les données brutes sur une même grille.

Avant d'utiliser cette compilation de données dans la présente recherche, nous avons vérifié la fiabilité de la transcription des réponses des mères en vérifiant la concordance entre 30% des questionnaires remplis et la grille de compilation de l'ensemble des réponses. Ainsi, une infirmière du Pavillon non membre de l'équipe de recherche, a choisi au hasard 80 questionnaires parmi les 276, tous dénominalisés afin de préserver l'anonymat. Cette étape nous a permis de constater la rigueur observée par les infirmières lors de la transcription des réponses des mères sur la grille de compilation que nous utilisons pour les fins de l'étude.

Étape 2 : Réduction du corpus de données

Deux formes de réduction des données entreprises par la suite, ont consisté pour chacune des réponses au questionnaire, à dégager les composantes clés (mots ou groupe de mots) en vue de produire des catégories représentatives des perspectives des mères. La première forme de réduction a permis de diminuer la masse de réponses en s'appuyant sur le principe de recherche des analogies de sens (Mucchielli, 1991). Ainsi, à partir de la base empirique, les données ont été réduites de façon inductive, en faisant des regroupements autour des réponses les plus fréquentes. Par exemple, pour la rubrique des motivations à allaiter, la réponse "meilleur pour le bébé" très fréquemment mentionnée par les mères, a fait l'objet d'une première grande catégorie qui regroupait des réponses semblables telles que "bienfait pour l'enfant, bon pour le bébé etc.".

La deuxième forme de réduction effectuée consistait à identifier les thèmes intégrateurs, à les nommer puis à regrouper les réponses des mères sous le thème approprié. Cette étape a été réalisée à l'intérieur d'un "focus group" incluant cinq infirmières de formation universitaire, familières avec l'analyse qualitative et possédant une bonne connaissance du sujet à l'étude. Cette procédure systématique a été reprise pour chacune des trois rubriques retenues lors d'une classification préalable au "focus group", soit les motivations à allaiter, les raisons de l'arrêt et les facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement. Les membres du groupe ont suggéré des changements et toutes les décisions furent prises par consensus. Cette étape est importante, car la définition des thèmes ou catégories étant dépendante de l'analyste, elle est parfois perçue aléatoire, empirique et ambiguë puisque l'analyste pourrait privilégier des éléments qui semblent répondre à ses hypothèses (Anadon, 1989). D'où la nécessité d'un regard de l'extérieur.

Étape 3: Codification et classement des données

À partir de la grille d'analyse comprenant les trois rubriques: motivations à allaiter, raisons de l'arrêt et facteurs qui auraient aidé à poursuivre, le matériel fut codifié et classé. Trois catégories identiques ont émergé pour chacune des rubriques soit: lié(e)s à la mère, lié(e)s au bébé et lié(e)s à l'environnement. Chacune des catégories a ensuite été divisée en sous-catégories, puis en éléments regroupant les indicateurs (voir les tableaux 2, 3 et 4).

Étape 4 : Vérification et confirmation des grilles d'analyse

Tout au long du processus de classement des données, les cochercheurs seniors de l'équipe de recherche ont procédé à la vérification et à la confirmation des choix effectués, pour arriver à la version finale des grilles d'analyse.

Étape 5 : Version finale des grilles d'analyse

Les étapes précédentes ont permis l'élaboration d'un cadre qui résume d'une façon structurée les données. Les versions finales des grilles d'analyse sont présentées dans la section suivante qui porte sur les résultats de l'analyse qualitative.

4.2 Résultats de l'analyse qualitative

Cette section présente sous forme de tableaux et de texte narratif, les résultats de l'analyse qualitative de trois des variables à l'étude; les motivations à allaiter, les raisons de l'arrêt de l'allaitement et les facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement.

4.2.1 Motivations à allaiter

Les résultats de l'analyse de cette première variable nous permettent de répondre au troisième objectif de l'étude, soit d'identifier les facteurs ayant contribué à ce que les femmes allaitent.

Les réponses des mères à la question; "Quels sont les facteurs ayant le plus contribué à ce que vous allaitiez ?", ont été utilisées pour documenter la variable des motivations à allaiter. En effet, malgré le fait que la question s'intéressait aux facteurs ayant contribué à l'expérience d'allaitement des mères, comme le montre les indicateurs de la grille présentée au tableau 2, les réponses des mères étaient principalement orientées vers leurs motivations à allaiter, d'où notre choix de rubrique "motivations à allaiter".

Le tableau 2 présente la catégorisation finale de l'analyse de contenu sur les motivations à allaiter avec les indicateurs qui ont servi à la classification. Comme l'indique ce tableau, la rubrique des motivations à allaiter se divise en trois catégories, les motivations liées à la mère, celles liées au bébé et celles liées à l'environnement. La catégorie des motivations à allaiter liées à la mère se divise en deux sous-catégories; les motivations liées aux valeurs des mères au sujet de l'allaitement et les motivations liées aux avantages perçus de l'allaitement. La sous-catégorie des valeurs des mères au sujet de l'allaitement a elle-même été subdivisée en deux éléments afin de mieux distinguer entre d'une part les motivations plus ancrées dans une décision ferme d'allaiter, et d'autre part les motivations se situant au niveau du désir d'allaiter et peut-être moins déterminées.

La sous-catégorie des avantages perçus se divise quant à elle en trois éléments, soit les avantages sur le plan physique, psychologique et instrumental.

Pour chacun de ces éléments des indicateurs sont fournis, soit des exemples de réponses données par les mères. Les motivations à allaiter plutôt liées au bébé ont été classées dans cette catégorie. L'analyse de contenu a montré que ces motivations étaient principalement liées aux avantages perçus pour le bébé (sous-catégorie) et plus particulièrement sur le plan de la santé physique du bébé (élément) comme le montre les indicateurs.

La catégorie des motivations à allaiter liées à l'environnement comprend deux sous-catégories, celles du réseau formel et du réseau informel. Chacune de ces sous-catégories se subdivise en deux éléments appelé "Soutien informatif" et "Soutien émotif" et sous lesquels les différents indicateurs ont été classés.

Tableau 2 Catégorisation de la rubrique: Motivations à allaiter

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	ÉLÉMENTS	INDICATEURS
Liées à la mère	Valeurs	Décision	Choix, volonté, inné en elle, naturel, instinct, décidée, déterminée, logique, important pour elle
		Désir	Désirait essayer, avait le goût, voulait tenter l'expérience
	Avantages perçus	Forme physique	Repos, perte de poids plus rapide
		Bienfait psychologique	Rapprochement, contact avec bébé, Pour le plaisir, confortable, aime ça
		Commodité	Pratique, plus simple, plus facile, Économique
Liées au bébé	Avantages perçus	Santé physique	Meilleur, bienfaits, réduire les allergies, colostrum, immunité, anticorps, bien-être, repos
Liées à l'environnement	Réseau formel	Soutien émotif	Encouragement des professionnelles et les professionnelss de la santé
		Soutien informatif	Cours prénataux, conférences
	Réseau informel	Soutien émotif	Encouragement de la famille
		Soutien informatif	Lectures

4.2.2 Raisons de l'arrêt de l'allaitement

L'analyse des réponses des mères concernant les raisons de l'arrêt de leur allaitement, nous permet de répondre au quatrième objectif de l'étude soit d'identifier les raisons de l'arrêt de l'allaitement.

La rubrique "Raisons de l'arrêt de l'allaitement" comprend trois catégories. Les raisons liées à la mère, liées au bébé et liées à l'environnement. Dans la catégorie des raisons de l'arrêt de l'allaitement liées à la mère par exemple, trois sous-catégories ont émergé, soit les problèmes de santé, les difficultés rencontrées et les valeurs/croyances de la mère sur l'allaitement. Dans la sous-catégorie des difficultés rencontrées, deux éléments se sont dégagés. Un sur le ressenti des mères comme l'indique les réponses "mal à l'aise", "nerveuse", et un élément sur la surtâche des mères engendrée par "le retour au travail" et "l'exigence des tétées de nuit".

Le tableau 3 qui suit présente cette catégorisation de la rubrique des raisons de l'arrêt de l'allaitement.

Tableau 3 Catégorisation de la rubrique: Raisons de l'arrêt de l'allaitement

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	ÉLÉMENTS	INDICATEURS
Liées à la mère	Problèmes de santé	Allaitement difficile	Gerçures, mastite, crevasses, manque de lait, douloureux
		Atteinte à l'état général	Infection post-opératoire, hospitalisation, fatigue, nouvelle grossesse,
	Difficultés rencontrées	Ressenti	Pas bien là dedans, nerveuse, mal à l'aise, manque de confiance, gênée par l'écoulement de lait, découragée, déprimée
		Surtâche	Retour au travail/études, liberté diminuée, Les boires de nuit trop fréquents, exigeant, Occupée avec enfants, mari tanné
	Valeurs	Choix personnel	Faire participer plus le père
Liées au bébé	Croissance	Sevrage spontané (>8 mois)	Bébé ne veut plus, refuse le sein, distrait pendant la tétée
		Apparition des dents	Bébé mord le sein
	Comportement	Allaitement difficile	Difficulté à téter, confusion sein/tétine
	Problèmes de santé	Retard pondéral	Prise de poids inadéquate, perte de poids
		Atteinte à l'état général	Muguet, prématurité, intolérance lactose, diarrhée, transféré
Liées à l'environnement	Réseau formel	Information erronée	Conseil du médecin (arrêt de l'allaitement re:muguet)

4.2.3 Facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement

L'analyse catégorielle de contenu des réponses des mères à la question "Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à continuer?", nous permet de répondre au cinquième objectif de notre étude, à savoir d'identifier les facteurs qui auraient aidé les mères à poursuivre leur allaitement. À l'aide de la procédure utilisée précédemment, nous avons identifié pour la rubrique "facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement", une catégorie de facteurs liés à la mère, une catégorie de facteurs liés au bébé et une catégorie de facteurs liés à l'environnement.

Par exemple, certaines mères ont répondu que si leur bébé avait pris du poids elles auraient allaité plus longtemps. Cet indicateur est donc classé dans la catégorie "lié au bébé", à l'intérieur de la sous-catégorie "état de santé", dans l'élément "retard pondéral". Tandis qu'une réponse comme "si bébé n'avait pas eu de coliques", fait partie de la catégorie des facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement qui sont "liés à bébé" et concernent aussi la sous-catégorie "état de santé", mais relève de l'élément "atteinte à l'état général" du bébé. Le tableau 4 présente la catégorisation à laquelle nous sommes arrivés pour la rubrique des facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement, suite à l'analyse des réponses offertes par les mères .

Tableau 4 Catégorisation de la rubrique: Facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	ÉLÉMENTS	INDICATEURS
Liés à la mère	Absence de problèmes de santé	Complications de l'allaitement	Si n'avait pas eu de mastite, gerçures, crevasses, si avait eu une meilleure production de lait
		Atteinte à l'état général	Si avait eu plus de force, moins de stress, pas de complication post-opératoire, pas eu à prendre de pilules contraceptives
Liés au bébé	Comportement plus facile	Allaitement difficile	Tétées moins fréquentes, si bébé avait accepté l'allaitement mixte, si il avait été satisfait
	Absence de problèmes de santé	Atteinte à l'état général	Si bébé n'avait pas eu de muguet, coliques, intolérance au lactose, prématurité
		Retard pondéral	Si bébé avait pris du poids
Liés à l'environnement	Réseau de soutien	Aide instrumentale	Avoir eu de l'aide avec autre(s) enfant(s), aide ménagère, garderie au travail, congé de maternité plus long
		Information	Avoir eu plus de conseils, plus d'informations

4.3 Analyse statistique descriptive

Les statistiques descriptives nous permettent de résumer l'information numérique de façon structurée et d'obtenir un portrait général des variables mesurées auprès de notre échantillon (Fortin, 1996). Nos données quantitatives et qualitatives sont donc classées sur une échelle nominale, ordinale ou d'intervalle et sont présentées sous forme d'histogrammes ou de tartes. Les données issues de l'analyse qualitative de contenu et celles relatives à la durée et la satisfaction de l'expérience d'allaitement, ont donc fait l'objet d'une analyse statistique descriptive en vue de répondre aux objectifs de recherche. Les tableaux de fréquence et les tartes permettent d'illustrer la distribution des réponses des mères aux différentes questions, et d'en faire l'interprétation.

Rappelons que puisqu'aucune donnée sociodémographique concernant les participantes n'a été recueillie lors de l'enquête de 1996, nous ne sommes pas en mesure de dresser un profil complet de ces dernières et nous présenterons les résultats selon le nombre de réponses aux questions ou selon le nombre de mères ayant répondu. Au sujet des 276 participantes nous savons que:

- 136 femmes en étaient à leur première expérience d'allaitement;
- parmi celles qui ont cessé d'allaiter avant le premier mois de vie de l'enfant (n=43), seulement neuf d'entre elles avaient une expérience antérieure d'allaitement;
- 113 mères ont consulté les infirmières de l'hôpital (29%), les infirmières du CLSC (26%), leur médecin (24%), Info-santé (14%), la Ligue La Leche (7%).

4.4 Résultats de l'analyse statistique descriptive

Les réponses des mères sur les motivations à allaiter, les raisons de l'arrêt et les facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement ayant été classées dans leur rubrique respective (voir section 4.2), nous avons utilisé les sous-catégories de chacune des rubriques à laquelle a été apposé un code arbitraire. Les codes ont ensuite été classés sur une échelle nominale. En effet, une échelle est dite nominale lorsque des nombres sont utilisés pour classer les sujets dans des catégories précises et qui doivent être exhaustives et mutuellement exclusives (Fortin, 1996). Dans cette étude, les valeurs de l'échelle servent à indiquer à quelle catégorie appartient une réponse donnée et permettent ainsi de calculer la distribution des réponses sur l'échelle. Les analyses statistiques descriptives de ces variables ont permis de répondre aux objectifs trois, quatre et cinq de notre étude en quantifiant les facteurs qui ont contribué à ce que les femmes allaitent en lien avec l'identification des raisons d'arrêt de l'allaitement et des facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement.

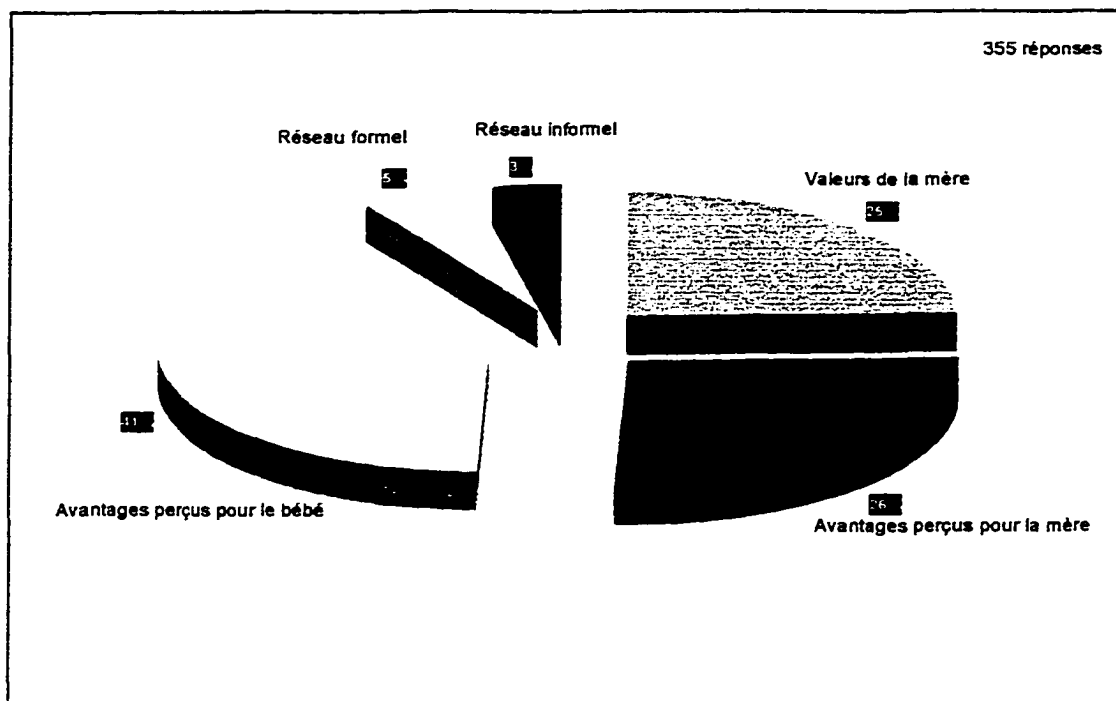
Les réponses portant sur le degré de satisfaction de l'expérience d'allaitement ont été classées sur une échelle ordinale. L'échelle ordinale possède des catégories ordonnées qui permettent de classer les sujets selon leur position respective face à une certaine caractéristique (Fortin, 1996). Le choix de réponse sur une échelle de type Likert à la question concernant la satisfaction (allant de très satisfaisant à pas satisfaisant) se prête très bien à ce genre de classement.

Le résultat de cette analyse nous permettra de répondre à notre sixième objectif dans cette étude soit d'identifier le degré de satisfaction de l'expérience d'allaitement des mères. Les réponses à la question sur la durée de l'allaitement offrant des données continues (allant de un jour à 13 mois), cette variable quantitative est découpée en tranches devenant alors une variable qualitative d'intervalle. L'échelle d'intervalles diffère de l'échelle ordinale du fait que l'intervalle entre deux catégories est connue et de grandeur égale (Fortin, 1996). Cette analyse servira à l'atteinte du septième objectif de l'étude, soit d'identifier la durée de l'allaitement.

4.4.1 Profil des motivations à allaiter

Les mères ont exprimé plus d'un motif pour allaiter (355 réponses). La figure 1 illustre la distribution des réponses des mères dans les sous-catégories mentionnées précédemment au tableau 2. Les femmes choisissent d'allaiter principalement (41% des réponses) pour les avantages perçus pour le bébé. Cent quarante deux réponses réfèrent au fait qu'allaiter est considéré "meilleur pour le bébé". Vingt six pourcent (26%) des réponses allaient dans la sous-catégorie des avantages perçus pour la mère, que ce soit pour sa forme physique, les bienfaits psychologiques, le contact avec le bébé ou la commodité. Les valeurs de la mère représentent 25% des réponses, et font référence à la fermeté de la décision d'allaiter ou au désir de tenter l'expérience.

Figure 1 Motivations à allaiter



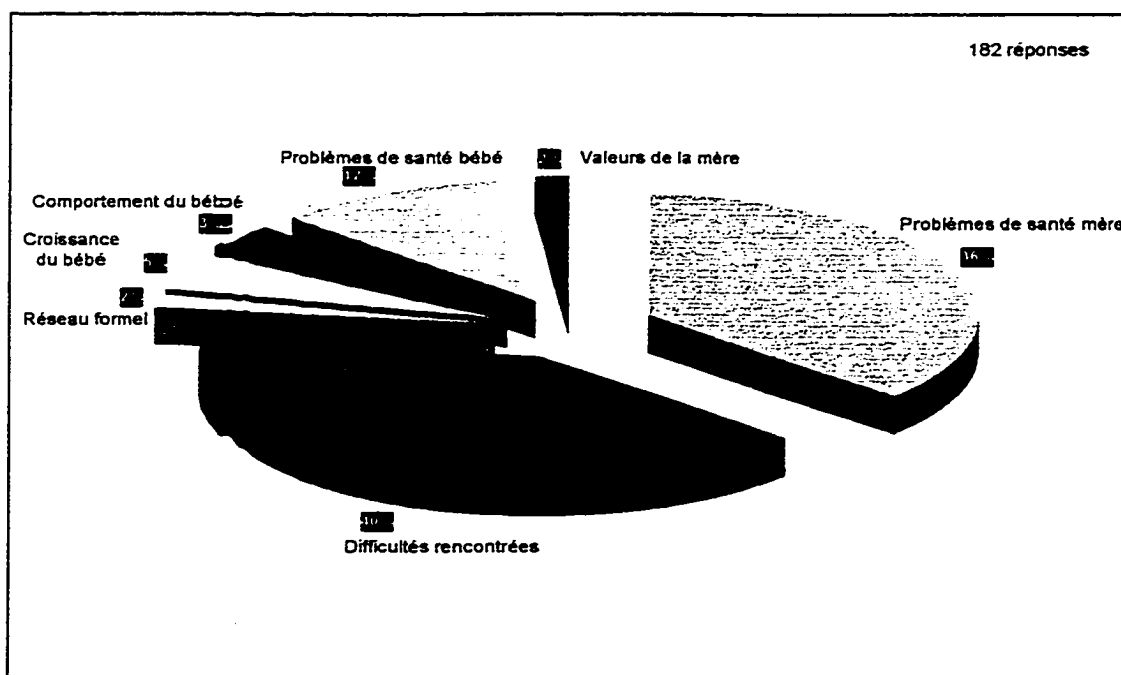
Finalement, comme l'illustre la figure 1, les mères ont peu mentionné le réseau formel (5%) ou informel (3%) comme facteur ayant contribué à ce qu'elles allaitent.

4.4.2 Profil des raisons de l'arrêt de l'allaitement

La figure 2 illustre l'analyse quantitative de la rubrique des raisons de l'arrêt de l'allaitement. Bien qu'il faille se rappeler que les mères contactées avaient accouché depuis une période variant de deux mois à une année au moment de l'enquête téléphonique, nous avons constaté que 169 mères avaient cessé d'allaiter lors de l'appel.

Leur durée d'allaitement varie de moins d'une semaine à neuf mois. Nous avons obtenu 182 réponses sur les raisons de l'arrêt de l'allaitement. Les difficultés rencontrées pendant l'expérience d'allaitement constituent la cause première d'arrêt (40%), le retour au travail étant la raison la plus fréquemment mentionnée dans cette sous-catégorie. Après les difficultés rencontrées, ce sont les problèmes de santé chez la mère (36%) qui ont précipité l'arrêt de l'allaitement: la fatigue et la douleur aux seins causé par les gerçures ou crevasses étant les raisons les plus fréquentes. Les problèmes de santé chez le bébé sont mentionnés dans 12% des réponses.

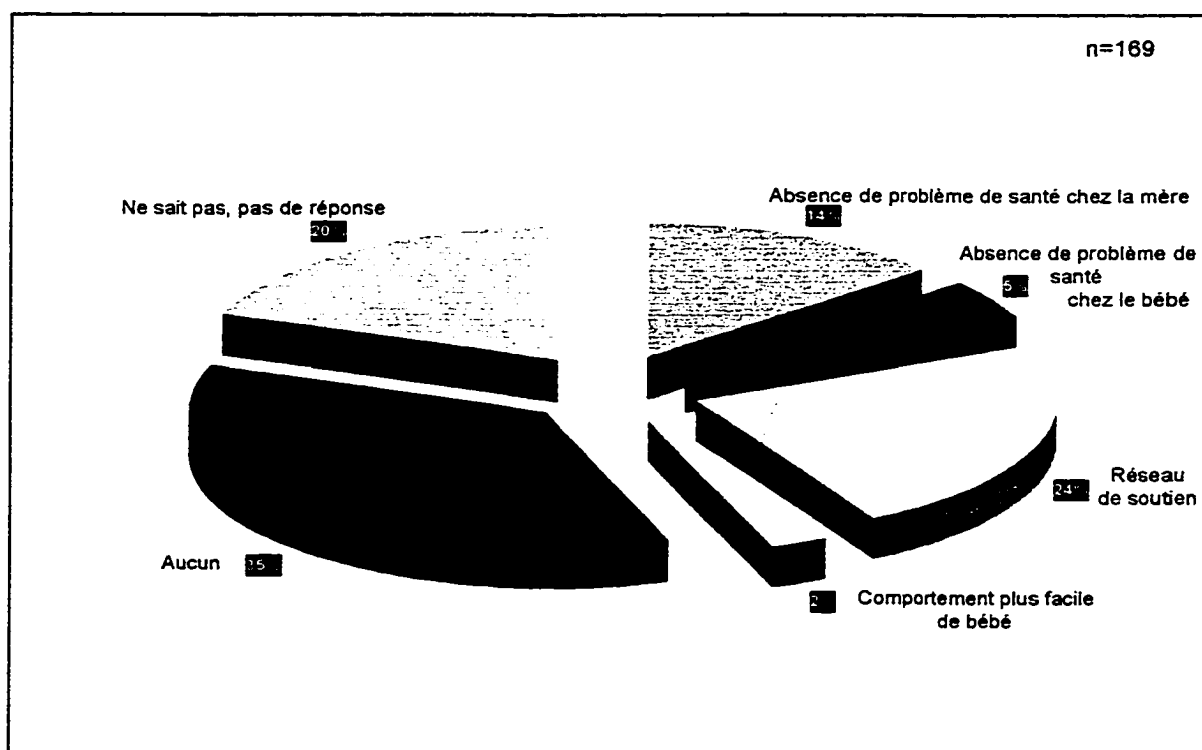
Figure 2 Raisons de l'arrêt de l'allaitement



4.4.3 Profil des facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement

La figure 3 présente la distribution des réponses des mères sur les facteurs qui auraient pu aider à la poursuite de leur allaitement selon les sous-catégories retenues lors de l'analyse catégorielle de contenu (voir le tableau 4). Plusieurs femmes ont mentionné que rien n'aurait pu les aider à continuer d'allaiter (35%), alors que 20% n'ont pas répondu à la question ou n'étaient pas capables d'identifier de facteurs potentiellement aidants. La présence d'un réseau de soutien est le facteur le plus fréquemment mentionné (24%) et réfère à l'élément "aide instrumentale". Par ordre d'importance, l'aide à la maison est le facteur le plus souvent évoqué suivi de celui d'avoir un congé de maternité plus long.

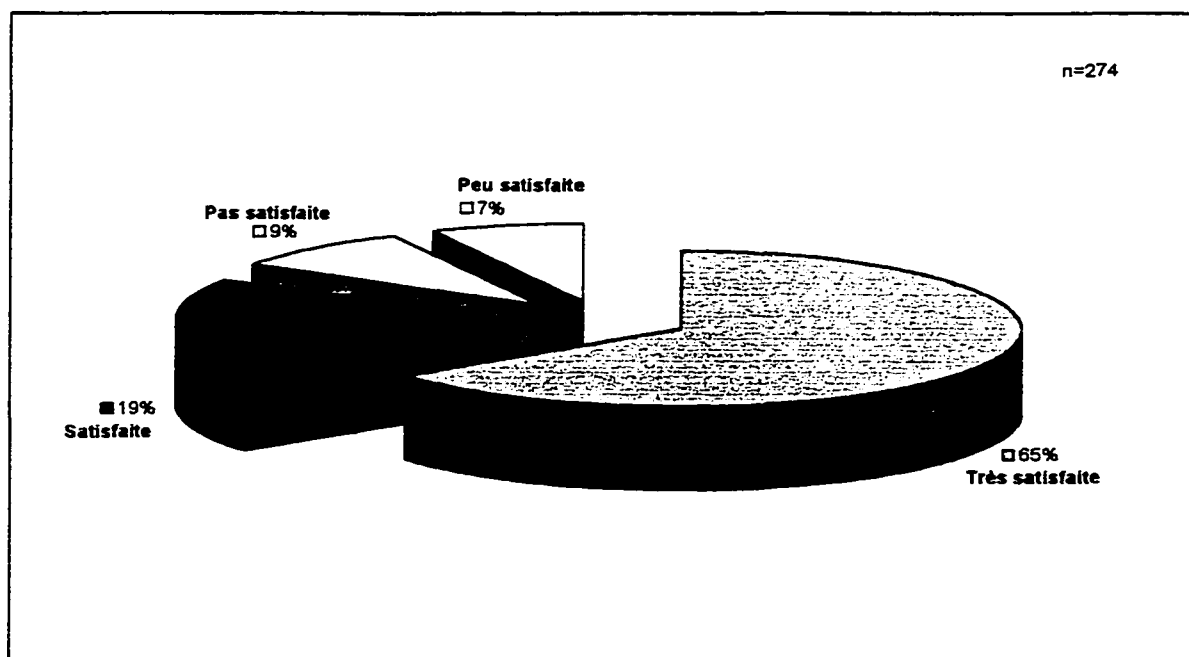
Figure 3 Facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement



4.4.4 Satisfaction liée à l'expérience d'allaitement

Le sixième objectif de l'étude était d'identifier le degré de satisfaction lié à l'expérience d'allaitement en lien avec le but du programme. On constate à la figure 4 que le degré de satisfaction est plutôt élevé chez 84% des femmes puisque 65% se disent très satisfaites et 19% satisfaites. Deux participantes n'ont pas répondu à cette question. L'insatisfaction chez 16% des femmes se retrouve plus fréquemment chez des mères qui en sont à leur première expérience d'allaitement et qui ont allaité moins de un mois.

Figure 4 Satisfaction liée à l'expérience d'allaitement

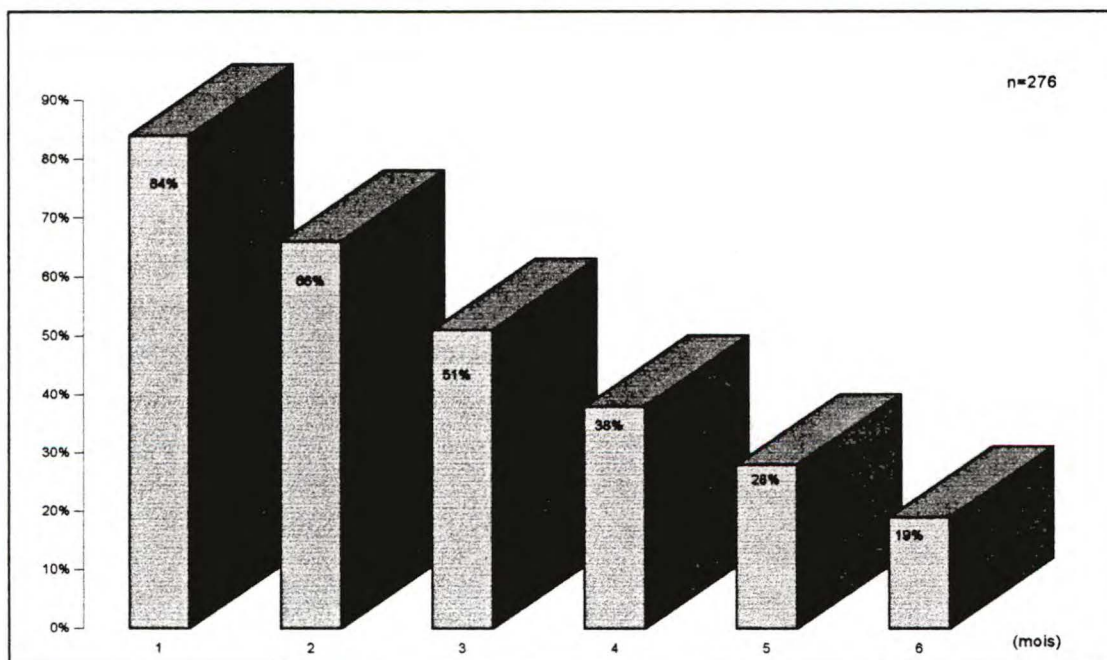


On observe également que le taux de satisfaction de l'expérience d'allaitement est plus élevé chez celles qui allaitaient toujours au moment de l'appel téléphonique. Seulement 1% (2/107) de celles-ci se sont dites peu satisfaites comparé à 25% (43/169) chez les mères ayant cessé d'allaiter.

4.4.5 Durée de l'allaitement

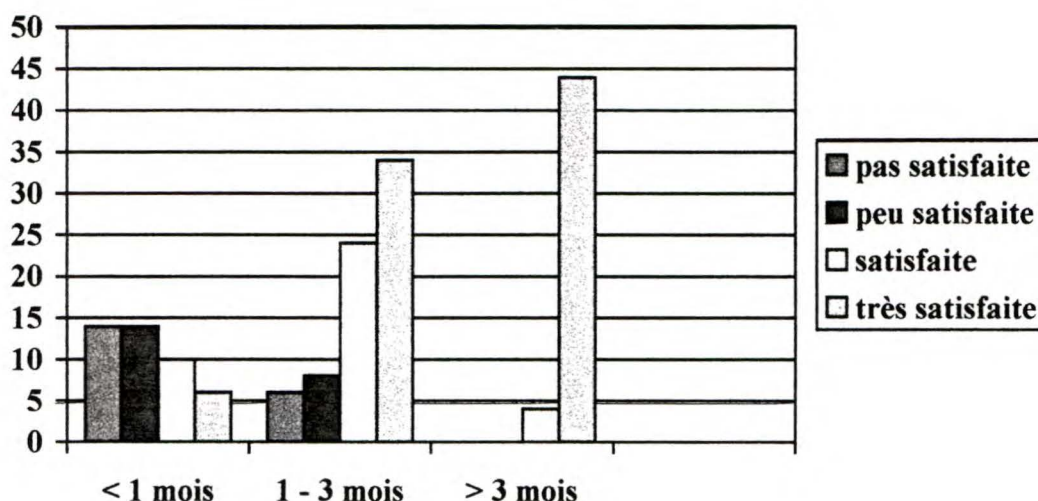
Pour des fins de comparaison avec d'autres études nous présentons les données sur la durée de l'allaitement jusqu'à six mois après la naissance. La figure 5 présente le pourcentage de femmes qui allaitent en fonction du temps. On observe qu'après un mois, 84% des femmes allaitaient encore. Après trois mois, elles étaient 51% à allaiter et à 6 mois 19% des femmes allaitaient toujours.

Figure 5 Durée de l'allaitement



Il nous est apparu intéressant de mettre en lien les réponses des mères qui ont cessé d'allaiter sur la satisfaction de leur expérience avec la durée de leur allaitement. Cela a été possible avec 164 des 169 mères ayant cessé d'allaiter au moment de l'enquête téléphonique, cinq participantes n'ayant pas fourni de réponse à l'une ou l'autre des deux questions. La figure 6 semble indiquer que le degré de satisfaction soit associé positivement à la durée prolongée de l'allaitement.

Figure 6 Satisfaction de l'expérience et durée de l'allaitement (n=164)



En terminant cette présentation des résultats de l'évaluation formative du programme de Brome-Missisquoi, et plus particulièrement dans l'analyse de liens possibles entre la variable principale, le programme de promotion et de soutien à l'allaitement au sein et les résultats observés lors de l'enquête téléphonique de 1996, nous avons identifié un phénomène qui sans pouvoir prétendre être un résultat du programme en raison du devis utilisé, nous apparaît très intéressant.

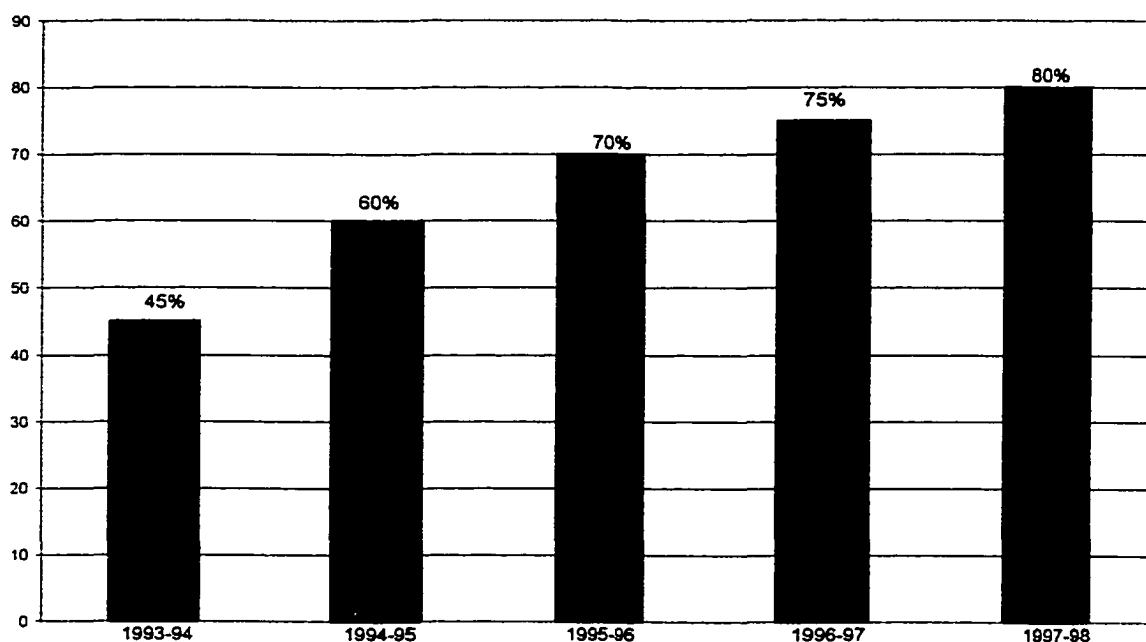
Il s'agit de l'évolution à la hausse du taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital BMP. Le taux d'allaitement est un indicateur fréquemment utilisé dans les études, pour évaluer l'efficacité des interventions de promotion et de soutien à l'allaitement (Wilmoth et Elder, 1995). Afin d'identifier la tendance dans Brome-Missisquoi depuis l'implantation du programme, nous avons compilé les taux d'allaitement à l'aide des registres des naissances de l'hôpital BMP, où sont inscrites toutes les naissances ainsi que le mode d'alimentation du nouveau-né à la sortie de l'hôpital.

Ainsi on observait en 1993-94, l'année où les infirmières entreprirent la démarche de planification d'un programme d'allaitement, un taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital de 45%. Comme l'illustre la figure 7, on constate par la suite une hausse graduelle du taux atteignant les 80% en 1997-98, suggérant un effet possible du programme implanté en 1994, car aucune autre activité promotionnelle pour l'allaitement n'a eu lieu durant ces périodes et cette tendance n'est pas observée au niveau provincial.

Malgré la réduction de durée de séjour en milieu hospitalier entre les années 94 et 98, les participantes à l'étude continuent à allaiter en plus grand nombre si on les compare aux données provinciales.

De plus, le moins grand nombre d'abandon rapporté par les infirmières en CLSC qui assurent le suivi à domicile, renforce l'hypothèse à savoir que le taux d'allaitement perdure sans égard à la durée de séjour. Bien que ces observations apparaissent intéressantes, d'autres études devront être élaborées en vue d'expliquer ces tendances.

Figure 7 Évolution du taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins



CHAPITRE 5 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude visait l'évaluation formative du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel initié et développé par les infirmières oeuvrant en périnatalité au centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins. Les objectifs spécifiques de l'étude consistaient à décrire la démarche de planification et d'implantation du programme, à décrire le programme comme tel, à identifier les facteurs qui ont contribué à ce que les femmes allaitent, les raisons d'arrêt de l'allaitement, les facteurs qui auraient aidé à la poursuite de l'allaitement, le degré de satisfaction de l'expérience d'allaitement des mères et la durée de l'allaitement. Nous avons dans le chapitre précédent exposé les résultats de l'analyse qualitative et quantitative des données issues de l'enquête téléphonique réalisée en 1996. Dans ce chapitre, nous mettrons en lien ces résultats avec les écrits antérieurs afin de les confirmer ou soulever des aspects nouveaux. Les forces et les limites de l'étude ainsi que ses retombées seront également discutées.

5.1 Discussion sur les résultats

Nous débutons notre discussion sur les résultats du sixième objectif de l'étude afin de pouvoir faire le lien avec le but du programme de promotion et de soutien à l'allaitement de BMP qui était de favoriser une expérience positive d'allaitement peu importe sa durée. L'objectif six de notre étude était d'identifier le degré de satisfaction de l'expérience d'allaitement des mères.

La recension des écrits nous a très peu apporté concernant la satisfaction des femmes vis à vis leur expérience d'allaitement. On y parle plutôt de réussite, de succès ou d'expérience positive de l'allaitement (St-Jacques, 1988; Bear et Baldwin, 1993), des stratégies pour y arriver et des interventions de soutien nécessaires pour celles qui "échouent" leur allaitement et qui vivent des sentiments d'incompétence ou une forme de deuil lorsqu'elles cessent d'allaiter (Watson-Driscoll, 1992; Bear et Baldwin, 1993).

La durée de l'allaitement est le critère habituellement utilisé pour mesurer le succès de l'allaitement comme le montre l'analyse de Pérez-Escamilla et coll., (1994) sur différentes études portant sur l'allaitement au sein. Nous croyons, à l'instar de Watson-Driscoll (1993), que l'allaitement maternel est plus qu'un simple mode d'alimentation. C'est également une relation intime entre une mère et son bébé, dont la qualité de l'expérience ne peut être évaluée que par la mère et ce, peu importe la durée de l'allaitement. Les résultats de notre étude indiquant que 84% des femmes se disent satisfaites de leur expérience sont donc intéressants, étant donné le but du programme que les femmes vivent une expérience positive peu importe la durée de leur allaitement.

Parmi les 45 répondantes se disant peu ou pas satisfaites de leur expérience d'allaitement, les trois quart allaient pour la première fois (34/45) et près de la moitié (21/45) ont cessé avant le premier mois de vie du nouveau-né.

Parmi les femmes se disant satisfaites à très satisfaites de leur expérience d'allaitement (n=229), près de la moitié en étaient à leur première expérience (101/229) et 22 mères ont cessé d'allaiter dans le premier mois. Parmi celles-ci, 73% (16/22) avaient déjà fait l'expérience de l'allaitement. Ces résultats nous ont amené à nous interroger sur les liens entre l'insatisfaction, une première expérience et une durée plus courte de l'allaitement. Comme l'indique la figure 6 située à la p.107, le degré de satisfaction semble être associé positivement à la durée prolongée de l'allaitement. Bien que notre devis ne nous permet pas de croiser ces deux variables et de présumer de la direction de la relation, nous explorons tout de même des pistes qui pourront être vérifiées ultérieurement dans des recherches utilisant un devis approprié.

On peut ainsi se demander pourquoi les mères qui ont allaité moins d'un mois sont-elles moins satisfaites de leur expérience? Nos résultats montrent également que les mères ayant déjà allaité sont plus satisfaites de leur expérience même si elles cessent d'allaiter avant le premier mois de vie. Nous savons que le premier mois d'allaitement peut être exigeant, source de difficultés et que l'allaitement nécessite une préparation réaliste, de la motivation et du soutien (Maclean, 1989; Serafino et Donovan, 1992). La satisfaction de l'expérience est peut-être liée à tous ces éléments? Le fait d'avoir déjà de l'expérience avec un nouveau-né favorise-t-il une perception plus positive de l'expérience d'allaitement peu importe la durée ?

Peut-être que les mères insatisfaites de leur expérience dans notre échantillon étaient peu motivées à allaiter au départ, qu'elles ont éprouvé des difficultés pendant les premières semaines d'allaitement et qu'elles n'ont pas eu le soutien nécessaire à la poursuite. Aucune question de l'enquête n'ayant exploré les motifs de non satisfaction de l'expérience d'allaitement, nous ne pouvons faire que des hypothèses à partir des données recueillies.

Par exemple, si on regarde de près les motivations à allaiter des mères qui se sont dites peu ou pas satisfaites de leur expérience d'allaitement, on constate que la moitié de celles-ci ont décidé d'allaiter pour les avantages perçus sur la santé physique du bébé (49%) et que, parmi les réponses relevant des valeurs de la mère (23%), la plupart disait vouloir essayer d'allaiter ou vouloir tenter l'expérience. Comparée aux réponses des mères de l'ensemble de l'échantillon, la décision d'allaiter diffère en ce sens qu'elle semble relever plus du désir que d'une décision convaincue.

Ces résultats nous amènent à poser l'hypothèse que certaines mères auraient eu besoin de renforcement dans la prise de décision d'allaiter et dans la préparation pour faire face aux exigences de l'allaitement pour que l'expérience d'allaitement soit vécue positivement.

La décision d'allaiter se prend habituellement tôt pendant la grossesse et même souvent avant (Bergman et coll., 1993; Lepage et Moisan, 1998). Dans l'enquête de Lepage et Moisan (1998), 93% des femmes avaient pris leur décision avant la naissance et 42% avant la grossesse. Plus la décision est prise tôt, plus la force de l'intention est grande et augmente les chances de succès de l'allaitement et donc de la satisfaction de l'expérience (Coreil et Murphy, 1988; O'Campo et coll., 1992; Losch et coll., 1995). Nous n'avons pas de données sur le moment de la décision d'allaiter des mères de notre échantillon, mais il serait opportun d'inclure une question à ce sujet dans une étude ultérieure s'intéressant à la satisfaction de l'expérience d'allaitement des mères. De même étant donné le rôle du conjoint dans la décision vu au point 2.1.3.1, cet aspect serait intéressant à approfondir dans le cadre d'études ultérieures.

Concernant les résultats sur les motivations à allaiter pour l'ensemble des mères dans cette étude, ils sont très semblables à ceux des études antérieures soit principalement pour les avantages physiques et psychologiques perçus pour le bébé et pour la mère (Losch et coll., 1995; Lepage et Moisan, 1998). Dans la présente étude, toutes les mères interrogées allaitaient leur enfant. Toutefois dans d'autres études (Giugliani et coll., 1994a; Losch et coll., 1995) ayant interrogé des mères qui avaient choisi d'allaiter et des mères qui avaient opté pour le biberon, on s'est aperçu que les motivations pour allaiter et celles pour donner le biberon diffèrent substantiellement.

Ainsi les femmes qui optent pour le biberon sont davantage préoccupées par leurs propres besoins (mother centered) et craignent que l'allaitement au sein soit trop compliqué, qu'il ne permette pas au père de s'impliquer ou qu'il nuise à leur vie sociale. Même si elles reconnaissent en général la supériorité du lait maternel, elles sont souvent mal à l'aise avec l'idée, et une des principales raisons mentionnées par les mères pour ne pas allaiter, c'est l'aspect de la commodité du biberon (Giugliani et coll., 1994a; Losch et coll., 1995; Lepage et Moisan, 1998). Paradoxalement la commodité est également une raison souvent mentionnée par les femmes qui allaitent (Lepage et Moisan, 1998).

Les femmes qui décident d'allaiter sont plus préoccupées par le bien-être de leur bébé (infant centered) et expliquent leur choix en disant que c'est parce que c'est meilleur pour le bébé, que c'est plus naturel et que cela facilite l'attachement mère-enfant (Giugliani et coll., 1994a; Losch et coll., 1995). C'est d'ailleurs le genre de réponses obtenues dans la présente étude même chez les mères ayant cessé d'allaiter avant un mois. Différents facteurs peuvent donc expliquer la décision d'allaiter ou non. La recension des écrits nous a appris qu'une fois la décision d'allaiter prise, différents facteurs peuvent également intervenir dans l'expérience d'allaitement. Les réponses des mères dans notre étude sur les raisons de l'arrêt de l'allaitement et des facteurs qui auraient pu aider à le poursuivre peuvent alors devenir des pistes pour agir sur la durée de l'allaitement.

Les données canadiennes les plus récentes sur le taux et la durée d'allaitement, montrent que si 47.7% des Québécoises initient l'allaitement à l'hôpital, seulement 28% allaitent encore après deux mois et 11% à six mois de vie de l'enfant (Levitt et Hanvey, 1995). Dans notre étude, les taux présentés à la figure 2 sont tirés de notre échantillon de 276 mères qui allaient à la sortie de l'hôpital en 1996. Puisque nous savons que le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital BMP en 1996 était de 70% (figure 6), nous pouvons estimer le taux de femmes qui allaitent à trois mois et à six mois en multipliant ce taux par les taux d'allaitement à trois mois et à six mois de notre échantillon. Les taux estimés sont ainsi de 35 % ($70\% \times 51\%$) après trois mois et de 13% après six mois ($70\% \times 19\%$). Ces taux s'apparentent aux données obtenues dans l'enquête de Lepage et Moisan (1998) où 66% des femmes allaient à la sortie de l'hôpital, 31% après trois mois et 18% après six mois. Bien qu'ayant possiblement contribué à augmenter le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital, le programme de BMP ne semble pas avoir agi sur la durée de l'allaitement des femmes qui en ont bénéficié.

Losch et coll., (1995) et Hartley et O'Connor (1996) ont d'ailleurs constaté que les programmes éducatifs en prénatal, les programmes de soutien en centre hospitalier et dans les premières semaines du postpartum permettent d'augmenter les taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital mais semblent avoir moins d'influence sur la durée de l'allaitement à plus long terme.

Cette hypothèse pourrait être testée dans une étude qui mesurerait l'effet du programme de BMP sur les différents pourcentages d'allaitement dans le temps.

Les raisons de l'arrêt de l'allaitement peuvent nous aider à comprendre ce qui empêche les femmes d'allaiter plus longtemps. Dans la présente étude, nous avons identifié les raisons évoquées par les mères pour arrêter l'allaitement à court terme comme le fait que ce soit trop douloureux, trop exigeant ou lié à un problème de santé chez la mère ou le bébé, et des raisons à plus long terme, comme le retour au travail, le fait que bébé ait des dents et mord le sein ou qu'il refuse le sein après huit mois (sevrage spontané).

Ces raisons s'apparentent à celles mentionnées dans d'autres études. Par exemple, dans l'étude de Lepage et Moisan (1998), les principales raisons pour cesser l'allaitement étaient pour 18%, le retour au travail (16% dans notre étude), 14 % lié au manque de lait (18% dans notre étude), 12% à cause de la fatigue (12% dans notre étude) et 7% pour des problèmes avec les seins (10% dans notre étude). Le retour au travail est une raison souvent mentionnée par différents auteurs (O'Campo et coll., 1992; Lepage et Moisan, 1998) et mérite d'être considérée dans nos interventions. En effet, beaucoup de femmes, faute d'information et de soutien, cessent d'allaiter alors qu'elles auraient la possibilité de continuer au moins avec un allaitement mixte. Les congés de maternité plus long, les garderies au travail et même l'aide à la maison sont des exemples de soutien que pourrait offrir l'environnement pour faciliter l'expérience d'allaitement:-

D'ailleurs, parmi les facteurs qui auraient aidé à poursuivre l'allaitement dans notre étude, 24% des mères de notre étude ont nommé l'aide à la maison et les congés de maternité plus long.

On peut aussi se demander si les raisons mentionnées pour cesser d'allaiter avant un mois sont différentes de celles des mères ayant cessé l'allaitement après un mois. Voici la distribution des réponses des mères sur les raisons de l'arrêt de l'allaitement pour les deux groupes. Sur 51 réponses du groupe ayant cessé d'allaiter avant un mois, 33% mentionnent des problèmes de santé liés à la mère (37% dans le groupe ayant cessé après un mois), 31% pour des difficultés rencontrées (44% dans le groupe ayant cessé après un mois), 16% pour des problèmes de santé liés au bébé (10% dans le groupe ayant cessé après un mois), 16% en raison du comportement du bébé (aucune réponse appartenant à cette catégorie pour le groupe ayant cessé après un mois) et 4% pour des motifs liés aux valeurs de la mère (1% dans le groupe ayant cessé après un mois). Les réponses appartenant à la sous-catégorie "comportement du bébé" sont particulières aux femmes ayant cessé avant le premier mois; les pleurs fréquents et la difficulté à téter du bébé étant les raisons d'arrêt les plus souvent mentionnées dans cette sous-catégorie. Dans la sous-catégorie des difficultés rencontrées, les réponses données par les mères qui ont cessé dans le premier mois concernent surtout l'exigence et la fréquence des tétées, alors qu'après le premier mois d'allaitement, la raison de l'arrêt le plus souvent mentionnée est le retour au travail.

Ces résultats soulèvent l'hypothèse que les femmes qui cessent d'allaiter pendant le premier mois, ne sont peut-être pas suffisamment préparées aux réalités de l'allaitement ou n'ont pas reçu le soutien nécessaire durant la période vulnérable du premier mois.

Le soutien avec l'expérience d'allaitement doit donc être renforcé dans le cadre du programme de Brome-Missisquoi-Perkins et particulièrement dans le suivi à plus long terme. En effet, les mères dans notre étude ont dit qu'elles auraient poursuivi l'allaitement si elles n'avaient pas éprouvé différents problèmes liés à elle-même ou au bébé et si elles avaient eu une information adéquate (tableau 3). On peut faire l'hypothèse que si les femmes avaient eu un soutien informatif et instrumental, elles auraient été moins nombreuses à cesser d'allaiter puisque les problèmes rencontrés auraient pu être réglés ou amenuisés. Les encouragements et la transmission d'informations pertinentes sont d'ailleurs liés à une durée plus longue de l'allaitement (Freeman et Lowe, 1993; Dermer, 1995) et quelques programmes de soutien (visites à la maison, groupe de soutien) ont également rapporté des résultats positifs sur la durée des allaitements (Serafino et Donovan, 1992; Hodge, 1995). La présence d'un réseau de soutien est reconnue comme une importante variable dans l'expérience d'allaitement des femmes (Coreil et Murphy, 1988; Maclean, 1989; Bergman et coll., 1993; Gilbert et Lepage, 1996; Hartley et O'Connor, 1996; O'Leary et coll., 1997).

Le volet éducatif débuté en prénatal et continué en milieu hospitalier, devrait également être poursuivi à l'intérieur de cette intervention de soutien. On pourrait peut-être ainsi éviter que des femmes cessent d'allaiter à cause du syndrome du manque de lait. Dans la présente étude, 18/74 réponses des femmes référaient à la quantité ou à la qualité du lait maternel. Selon Hill et Algrad (1991), les femmes qui croient ne pas avoir suffisamment de lait vont rapporter que le bébé n'est pas satisfait, qu'il ne tète pas bien, que les tétées sont très fréquentes et que le bébé a un faible gain de poids. Si nous cumulons les réponses comparables dans notre étude, nous aurions 46/74 réponses liées à la perception d'un manque de lait. C'est donc dire l'importance d'aborder le sujet en prénatal et de poursuivre l'enseignement en postnatal lorsque les femmes vivent des situations qui leur font penser qu'elles manquent de lait.

Le manque de lait est une raison souvent rapportée par les femmes pour avoir cessé d'allaiter (Kearney, 1990; Hill et Algrad, 1991; Bergman et coll., 1993; Lepage et Moisan, 1998). Différents facteurs peuvent influencer la production du lait maternel. Certains sont liés à la gestion de l'allaitement (durée et fréquence des tétées, la prise du sein, les tétées de nuit) et d'autres sont liés à la mère (son attitude, ses connaissances, son état de santé, son alimentation, le fait de fumer ou non) (Hill et Algrad, 1991; Serafino et Donovan, 1992).

Mais le manque de connaissance sur la physiologie de la lactation est celui qui contribue le plus souvent à la croyance d'un manque de lait chez certaines femmes (Hill et Algrad, 1991). Une baisse réelle dans la production de lait peut également se produire lorsque la mère manque de confiance en elle, manque de soutien ou vit du stress. Ces situations affectent le réflexe ocytocique responsable de l'éjection du lait.

5.2 Forces et limites de l'étude

Toute étude comporte des limites mais également des forces. Dans cette section nous tentons d'identifier ce qui pourrait être des limites à notre étude, puis ce qui nous apparaît être des forces.

Limites de l'étude

Dans cette étude, nous travaillions avec des données recueillies lors d'une enquête antérieure. Une des limites de l'utilisation de matériel dit "invoqué", est que le chercheur n'a aucun contrôle sur le format de ce dernier (Van der Maren, 1991). En effet, les données obtenues lors de l'enquête sont dépendantes du type de questionnaire utilisé, de la rigueur recherchée pour la procédure de collecte des données et lors de la transcription des réponses des mères. Il faut également considérer certains biais possibles lors de l'enquête téléphonique. Par exemple, le fait que ce soit les infirmières du Pavillon des naissances qui interrogeaient les mères, pourrait avoir influencé leurs réponses afin de plaire à l'intervieweuse (biais de désirabilité sociale).

On doit également considérer la possibilité d'un biais de mémoire surtout chez les mères qui avaient accouché un an précédent l'enquête téléphonique. Par exemple, en ce qui concerne les motivations à allaiter, nous ne pouvons pas être certaine que les réponses des mères correspondent réellement aux motivations qui ont forgé leurs décisions d'allaiter et que ce ne sont pas plutôt des motivations qui ont émergé en cours d'expérience. Par exemple, une mère pourrait répondre qu'elle a allaité parce que cela facilite le lien mère-bébé ou parce que c'est plus pratique, ce qu'elle a constaté en cours d'expérience alors qu'au départ elle avait décidé d'allaiter suite aux différentes pressions de l'entourage. Le fait que ce soit des infirmières du Pavillon des naissances qui ont réalisé les appels téléphoniques peut également être source de biais de mesure.

L'ensemble des informations recueillies via l'enquête téléphonique et par entrevue auprès des mères, nous est apparu toutefois suffisamment étoffé pour pouvoir en faire une analyse intéressante. De plus le processus de la collecte de données nous a semblé assez rigoureux pour être utilisable à des fins de recherche.

Nous n'avons pas de données permettant de dresser un portrait du groupe à l'étude ce qui limite la généralisation des résultats, tout comme le fait qu'il s'agissait d'un échantillon de convenance.

Cependant comme la majorité des mères ayant accouché pendant la période observée ont participé à l'enquête téléphonique (276/354) et que la sélection des fiches conduisant à inclure les mères dans l'étude s'est effectuée de façon aléatoire parmi le total des fiches, on peut penser que les résultats représentent assez bien les femmes ayant accouché à BMP en 95-96.

Forces de l'étude

Quoique source possible de biais de mesure, la participation des infirmières à l'enquête téléphonique et à la compilation des données a grandement facilité la réalisation de notre étude.

L'évaluation formative du programme de promotion et de soutien à l'allaitement de BMP a permis d'analyser les données de l'enquête menée par les infirmières du Pavillon des naissances et qui autrement auraient pu ne pas être utilisées. Cette évaluation a également servi à documenter un programme qui avait déjà suscité beaucoup d'intérêt dans le milieu de la périnatalité au Québec. De plus, la combinaison des approches qualitatives et quantitatives pour l'analyse des résultats de la présente étude a fait émerger beaucoup d'indices pour la poursuite de l'évaluation du programme.

5.3 Implications pour la pratique

Cette étude aura permis de dégager quelques pistes d'interventions en pré et postnatal, ainsi que le rôle important que peut jouer l'infirmière dans l'expérience d'allaitement.

Pistes d'interventions en pré et postnatal

Comme nous l'avons constaté dans la présente étude, même si le taux d'allaitement paraît plus élevé dans Brome-Missisquoi suite à l'implantation du programme de promotion et de soutien à l'allaitement, le taux après trois et six mois est assez semblable aux taux observés dans d'autres études. Puisque le degré de conviction dans l'intention d'allaiter est, selon plusieurs études, associé à la durée de l'allaitement, les interventions prénatales, que ce soit en cabinet privé, dans les rencontres de cours prénataux ou toute autre forme, devraient donc s'attarder aux motivations des femmes à allaiter et aux diverses préoccupations des couples relativement à l'allaitement.

Plusieurs études ont d'ailleurs soulevé l'importance de sensibiliser les couples au rôle actif que le conjoint peut jouer pour faciliter l'allaitement, aux différentes façons de l'impliquer dans les soins au nouveau-né afin qu'ils aient un portrait réaliste de l'allaitement au quotidien (Bergman et coll., 1993; Jordan et Wall, 1993). Dans notre étude, la place du conjoint dans l'expérience d'allaitement n'a pas vraiment ressortie. Par exemple dans les motivations à allaiter, seulement 3% des réponses des mères faisaient référence au soutien du réseau informel, qui comprend, entre autres, le conjoint. Cependant, cela ne veut pas dire que le conjoint n'a pas été soutenant dans la décision mais plutôt que la formulation de la question ne permettait peut-être pas d'obtenir une telle information.

On peut tout de même, à partir des écrits, faire l'hypothèse qu'en démystifiant l'allaitement au sein, en présentant non seulement les avantages mais aussi des suggestions pour amenuiser certaines préoccupations et en impliquant le conjoint dans la décision, on favorise le développement d'une attitude positive envers l'allaitement. Et en augmentant la confiance en soi, on contribue au renforcement de l'intention d'allaiter des mères, qui selon plusieurs études influe sur la durée de l'allaitement (Coreil et Murphy, 1988; O'Campo et coll., 1992; Quarles et coll., 1994; Lepage et Moisan, 1998). Les interventions prénatales devraient donc toujours inclure le conjoint étant donné que des études ont démontré son influence sur la prise de décision et sur le vécu de l'expérience d'allaitement (Littman et coll., 1994; Bergman et coll., 1993; Giugliani et coll., 1994b). D'autant plus que certains conjoints peuvent ressentir des sentiments négatifs à l'égard de l'allaitement, ou entretenir des croyances dont l'effet peut être minimisé par une préparation adéquate. Les témoignages de couples dans les rencontres prénatales peuvent être un excellent véhicule pour démystifier et recadrer certains stéréotypes.

La préparation des pères au retour à la maison est aussi importante que celle des mères afin d'assurer à celles-ci le soutien nécessaire. Les femmes de notre époque vivent souvent éloignées de leur famille élargie et ne bénéficient pas de l'aide aux relevailles autrefois assurée par les mères, grand-mères ou tantes, et ces dernières même si elles sont présentes, n'ont pas nécessairement l'expérience d'allaitement pour bien soutenir la nouvelle maman.

Dans l'évolution des rôles dans le couple, le conjoint devient une source importante de soutien dans l'environnement immédiat de la nouvelle mère.

Considérant que les femmes cessent d'allaiter en raison du retour au travail ou aux études, de l'exigence des tétées fréquentes et de nuit, du fait qu'elles se disent trop occupées par d'autres enfants et aussi en raison d'un allaitement difficile (gerçures, montée laiteuse douloureuse, etc.), on peut donc penser qu'un soutien extérieur pourrait prolonger la durée de l'allaitement. En effet, si on veut atteindre les objectifs du ministère pour l'an 2002, à savoir que les mères allaitent en plus grand nombre au delà de six mois de vie de l'enfant, il faudra développer des interventions de soutien à long terme. En plus de mieux préparer les couples en renforçant leur décision d'allaiter une période d'au moins six mois, il sera donc nécessaire d'instaurer des interventions de soutien instrumental, c'est à dire de l'aide technique avec l'allaitement et une continuité dans l'éducation, que ce soit sous forme de marrainage, de groupe de soutien ou de clinique de consultantes en lactation, de même que des politiques permettant l'allongement des congés parentaux.

Rôle de l'infirmière

Les mères dans notre étude auraient aimé avoir plus de soutien instrumental et informatif pour les aider à poursuivre l'allaitement et les principaux motifs d'arrêt de l'allaitement qu'elles ont mentionnés étaient liés aux difficultés rencontrées.

On sait que plusieurs de ces difficultés pourraient être contrées par un soutien approprié auprès de ces mères. La nécessité d'interventions de soutien est donc évidente et les infirmières en CLSC parce qu'elles assurent le suivi postnatal au retour à la maison, sont les mieux placées pour les développer. Les infirmières en CLSC doivent également travailler en étroite collaboration avec les organismes communautaires qui offrent du soutien aux mères, ou aider à leur création s'il n'en existe pas sur leur territoire.

Rappelons cependant que la recension des écrits avait soulevé le manque de connaissances des infirmières en matière d'allaitement. Plusieurs études mentionnent les lacunes dans la formation de base des infirmières pouvant donner lieu aux attitudes négatives et aux informations incohérentes et contradictoires rapportées par les familles (Andersen et Geden, 1991; Barnett et coll., 1995; Patton et coll., 1996). Les infirmières doivent être également capables d'identifier les différentes problématiques et développer des habiletés pour aider les mères. La formation à cet égard est donc essentielle (Coreil et Murphy, 1988; Mulford, 1995; Dermer, 1995).

Le rôle de l'infirmière dans l'expérience d'allaitement des mères est indéniable, car c'est l'intervenante qui est le plus en contact avec les femmes pendant la période périnatale.

Nos résultats montrent à l'instar de l'étude de Courville 1995, la nécessité pour les infirmières de s'impliquer dans le développement ou l'amélioration d'interventions qui font la promotion de l'allaitement maternel et surtout qui soutiennent les mères allaitantes.

5.4 Recommandations pour la recherche

Nous avons retenu trois recommandations intéressantes pour la recherche suite à cette étude. D'abord, la validation d'un modèle théorique de l'allaitement serait un atout pour la planification des interventions en périnatalité, principalement dans un contexte où on cherche à augmenter les taux et la durée de l'allaitement chez les mères québécoises. Deuxièmement, la réalisation d'une recherche évaluative du programme de BMP étant donné la tendance observée dans les résultats de l'enquête téléphonique de 1996, serait également appropriée puisque le programme pourrait alors servir de modèle pour d'autres milieux qui souhaitent promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. D'ailleurs, comme nous l'avons constaté lors de la recension des écrits, très peu d'études évaluatives ont été réalisées sur des programmes de promotion et de soutien de l'allaitement. Finalement, la place des pères dans l'expérience d'allaitement a été peu étudiée et des études auprès de ces derniers devraient être envisagées.

Vers un modèle théorique de l'allaitement

Dans notre étude, près de la moitié des femmes ont cessé d'allaiter à cause des difficultés rencontrées. Nos résultats et ceux d'autres auteurs (O'Campo et coll., 1992; Quarles et coll., 1994; Wamback, 1997) démontrent l'importance de bien préparer les mères à l'expérience d'allaitement et de renforcer leur intention d'allaiter, en développant chez elles une attitude positive envers l'allaitement et une plus grande confiance en soi, ce qui influencera la durée de l'allaitement. Nous avons vu dans la recension des écrits comment certains auteurs ont utilisé les modèles fondés sur les théories inspirées de la psychologie pour étudier la relation entre l'intention d'allaiter et la durée réelle de l'allaitement. Mais nous avons également constaté dans la recension des écrits et dans les résultats de notre étude, que l'expérience d'allaitement est tributaire de la mère (ses caractéristiques sociodémographiques et psychosociales), du bébé (son état de santé et son comportement), et du soutien que reçoit la mère (formel ou informel). Se limiter aux modèles de prédiction du comportement pour planifier les interventions de promotion et de soutien à l'allaitement maternel ne nous apparaît donc pas suffisant. Cette réflexion nous amène à s'interroger sur la nécessité de développer et valider un modèle théorique de l'allaitement qui prendrait en compte les différents facteurs intervenant dans l'expérience d'allaitement.

Une recherche évaluative du programme de BMP

Puisque l'enquête de 1996 a été réalisée un an seulement après l'implantation du programme, les résultats observés reflètent plus ou moins la situation actuelle. Depuis la réalisation de l'enquête, les interventions prénatales se sont intensifiées, les intervenantes et les intervenants ont reçu d'autres formations, les mécanismes de suivi sont rodés. Comme nous observons une tendance à la hausse du taux d'allaitement dans Brome-Missisquoi (voir figure 7, p.109), il serait intéressant de réaliser une recherche évaluative du programme qui permettrait de démontrer si il y a un lien de causalité entre le programme et les effets observés.

La présente étude constitue à cet effet une bonne base. Rappelons que l'évaluation formative a pour but de permettre de suivre le développement d'un programme afin de l'améliorer et qu'elle doit être envisagée comme une étape préalable à la réalisation d'une recherche évaluative qui elle, vise l'établissement d'une relation causale entre un programme et ses résultats (Leconte et Rutman, 1982; Lefrançois, 1992). L'évaluation formative permet de s'assurer que le programme est clairement articulé et de préciser ses objectifs et effets attendus, d'identifier les variables pertinentes et leurs liens présumés afin de vérifier l'intérêt à poursuivre une recherche plus élaborée.

Ainsi, en ayant compilé l'information sur le processus de planification et d'implantation du programme de BMP, décrit le programme en soi et les premiers effets observés lors de l'enquête téléphonique et ce, en lien avec la littérature, nous avons démontré l'évaluabilité du programme.

Et les pères...

Nous avons constaté lors de la recension des écrits que peu d'études ont été réalisées directement avec les pères, afin de connaître leurs connaissances, attitudes et vécu à l'égard de l'allaitement. Étant donné leur rôle dans l'expérience d'allaitement des mères, il serait donc très enrichissant de procéder à des entrevues avec les pères, ce qui permettrait certainement de mieux planifier et orienter les interventions périnatales visant la promotion et le soutien à l'allaitement au sein.

CONCLUSION

À l'aide des données recueillies lors d'une enquête antérieure à la présente étude, nous avons réalisé l'évaluation formative du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel de Brome-Missisquoi-Perkins, et avons pu ainsi identifier ses forces et les points à améliorer. Les résultats sur la satisfaction de l'expérience d'allaitement et sur la hausse observée dans le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital semblent indiquer des effets positifs du programme. L'analyse des réponses des mères à l'enquête téléphonique, en lien avec les écrits sur le sujet, a également fait ressortir l'importance de renforcer en prénatal la prise de décision d'allaiter puisque l'intensité de celle-ci semble intimement liée à la durée de l'allaitement. Le programme de Brome-Missisquoi-Perkins aurait également avantage à consolider son volet postnatal, en s'assurant d'un soutien à plus long terme offert aux familles. Ceci permettrait d'éviter que les mères cessent d'allaiter pour des raisons liées à un manque d'information ou d'encouragement, comme l'ont fait ressortir les résultats de notre étude.

La démarche d'évaluation formative du programme nous a aussi permis de documenter ce dernier en décrivant le processus d'implantation, les différents volets d'intervention ainsi que le rôle des professionnelles et professionnels de la santé impliqués. Cette étape constitue une bonne base pour une recherche évaluative ultérieure.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes. D'abord il faut remercier toutes les mères qui ont participé à l'enquête téléphonique de 1996. Je veux mentionner également la participation de toutes les infirmières du Pavillon des naissances à la réalisation de l'enquête téléphonique et la compilation des réponses des mères. Je veux également souligner l'appui de la direction de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins qui a autorisé l'utilisation des données recueillies dans le cadre du programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel. Merci aussi à Madame Lise Montagne, chef d'unité au Pavillon des naissances, pour son appui constant dans la réalisation de ce projet.

En terminant, je tiens plus particulièrement à remercier mes codirectrices de recherche, Docteurs Denise St-Cyr Tribble et Denise Paul, qui m'ont accompagné tout au long de ce travail de recherche. Leur expertise et leurs encouragements m'ont permis d'acquérir des habiletés en recherche et en rédaction qui ont conduit à la concrétisation de ce mémoire. Merci !

RÉFÉRENCES

Comité Canadien pour l'allaitement. (1997). Allaitement Canada. 1(2). Toronto

Anadon, M. (1989). Conceptions et pratiques de l'analyse de contenu. Revue de l'association pour la recherche qualitative, 1, 13-15.

Anderson, E., Geden, E. (1991). Nurses ' knowledge of breastfeeding. JOGNN, 20(1), 58-62.

Association des Hôpitaux du Canada. (1994). Énoncé de politique sur l'allaitement maternel.

Association des Pédiatres du Québec. (1995). Rapport du Comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale.

Baker, B.J., Rasmussen, T.W. (1997). Organising and documenting lactation support of NICU families. JOGNN, 26(5), 515-521.

Barnett, E., Sienkiewick, M., Roholt, S. (1995). Beliefs about breastfeeding: a state wide survey of health professionnals. Birth, 22(1), 15-20.

Beaudry, M., Dufour, R., Marcoux, S. (1994). Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. J Pediatr, 126(2), 191-197.

Becker, G. (1992). Breastfeeding knowledge of hospital staff in rural maternity units in Ireland. J Hum Lact, 8(3), 137-142.

Bergman, V., Larsson, S., Lomberg, H., Möller, A., Marild, S. (1993). A survey of swedish mothers' view on breastfeeding and experiences of social and professional support. Scand J Caring Sci, 7, 47-52.

Black, P. (1993). A confident start to a new relationship. Professional Nurse, 193-196.

Burkhalter B.R., Marin P.S. (1991). A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chili. Int J Gynecol Obstet, 34, 353-359.

Carlson-Gielen, A., Faden, R., O'Campo, P., Parge, D. (1992). Determinants of breastfeeding in a rural WIC population. J Hum Lact, 8(1), 11-15.

Caroll, T. (1994). Substantially increasing breastfeeding : An accomplishment of the Alabama wic program. J Hum Lact, 10(2), 129-130.

Chalmers, B. (1997). The baby friendly initiative in Canada : some observations. Journal SOGC, 19, 978-982.

Champagne, F., Constandriopoulos, A.P., Pineault, R. (1985). Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. Revue Épidémiologique et Santé Publique. 33, 173-181.

Champagne, F., Denis, J-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. Service Social, 143-163.

Chilvers, CED. (1993). Breastfeeding and risk of breast cancer in young women. B M J, 307, 17-20.

Constandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., Pineault, R.(1993). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. Bulletin de la Corporation des médecins du Québec, XXXIII(1).

Coreil, J., Murphy, J. (1988). Maternal commitment, lactation practices and breastfeeding duration. JOGNN, 17, 272-278.

Courville, F. (1995). Comprendre l'expérience de l'allaitement maternel: un élément clé du soutien en soins infirmiers. Rapport de Mémoire, Faculté des études supérieures, Université Laval, Québec.

Cunnigham, A., Jelliffe, D., Jelliffe, P. (1991). Breastfeeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. J Pediatr, 118(5), 659-666.

Dalby, D.M., Williams, J., Hodnett, E., Rush, J. (1996). Postpartum safety and satisfaction following early discharge. Can J Public Health, 87(2), 90-94.

Derner, A. (1995). Overcoming medical and social barriers to breastfeeding. Am Fam Physician, 51(4), 755-763.

Dewey, K., Heinig, J., Nommsen-Rivers, L. (1995). Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. J Pediatr, 126(5), 696-702.

Donnelly, B. (1994). Breastfeeding : Ways to promote this natural resource. Contemporary Ob-Gyn, 107-108,115,134-136.

Dunlop, M. (1995). Few canadian hospitals qualify for « Baby friendly initiative » designation by promoting breastfeeding : Survey. Can Med Assoc.J, 152(1), 87-89.

Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation. Décarie éditeur. Ville Mont-Royal.

Freed, G., Clark, S., Sorenson, J., Lohr, J., Cefalo, R., Curtis, P. (1995). National assesment of physicians breastfeeding knowledge, attitudes, training and experience. JAMA, 273(6), 472-476.

Freed, L. (1993). Breastfeeding, time to teach what we preach, JAMA, 269(2), 243-245.

Freeman, C.K., Lowe, N. K. (1993). Breastfeeding care in Ohio hospitals : a gap between researchand practice. JOGNN, 22(5), 447-453.

Gilbert, D., Lepage, M.C. (1996). Allaitement maternel et facteurs associés chez des mères jeunes et plus âgées. Can J Public Health, 87, 95-96.

Giugliani, E.R.J., Caiaffa, W.T., Vogelhut, J., Witter, F., Perman, J. (1994a). Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breasfeed. J Hum Lact, 10(3), 157-161.

Giugliani, E.R.J., Bronner, Y., Caiaffa, W.T., Vogelhut, J., Witter, F., Perman, J. (1994b). Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed ? a study about fathers' knowledge of breasfeeding. Acta Paediatr, 83(11), 27-31.

Godin. (1988). Les fondements psychosociaux reliés à la santé dans la promotion de la santé: concepts et stratégies d'action. Cahier no.2, Collection Santé Société. Gouvernement du Québec, 7-11.

Gray-Donald, K., Kramer, M., Munday, S., Leduc, D. (1985). Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breastfeeding: a controlled clinical trial. Pediatrics, 75(3), 514-518.

Green, M., Jones, F. (1991). WHO code? Who cares? Nurses support breastfeeding in principle but do we in practice?. L'infirmière Canadienne, 87(1), 26-28.

Hartley, B.M., O'Connor, M.E.(1996). Evaluation of the best start breastfeeding education program. Acta Paeditr Adolesc Med, 150, 868-871.

Hauck, Y. (1994). Evaluation of an information booklet on breastfeeding duration; a clinical trial. J Advanced Nursing, 20, 836-843.

Hill, P., Aldag, J. (1991). Potential indicators of insufficient milk syndrome. Res Nurs Health, 14, 11-19.

Hodge, C. (1995). Program evaluation of the Davenport-Perth breastfeeding support group. Departement of Public Health. Western Health area. Toronto.

Iker, C., Morgan, J. (1992). Supplementation of breastfed infants : does continuing education for nurses make a difference ? J Hum Lact, 8(3), 131-135.

Institut Canadien de la Santé Infantile (ICSI). (1993). Les lignes directrices sur l'allaitement maternel. Ottawa.

Izatt, S.D. (1997). Breastfeeding counseling by health care providers. J Hum Lact, 13 (2), 109-113.

Janke, J. (1993). The incidence, benefits and variables associated with breastfeeding: implications for practice. Nurse Practitioner, 18(6), 22-31.

Jones, F., Green, M. (1996). British Columbia baby friendly initiative.

Jordan, L., Wall, V. (1993). Supporting the father when an infant is breastfed. J Hum Lact, 9(1), p.31-34.

Kearney, M., Cronenwett, L., Barrett, J. (1990). Breastfeeding problem in the first week postpartum. Nursing Research, 90(2), 90-94.

Kennedy, K., Visness, C. (1992). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet, 339, 227-230.

Kennel, J.H., Klaus, M.H. (1998). Bonding : recent observations that alter perinatal care. Pediatrics in Review, 19, 04-12.

Lanting, C., Fidler, V., Huisman, M., Touwen, B., Boersma, E. (1994). Neurological differences between 9-year-old children fed breast-milk or formula-milk as babies. Lancet, 344, 1319-1322.

Leconte, R., Rutman, L. (1982). Introduction aux méthodes de recherche évaluative. Université de Carlton. Ottawa.

Lefrançois, R. (1991). Dictionnaire de la recherche scientifique. Les éditions Némésis. 74-82.

Lefrançois, R., (1992). Stratégies de recherche en sciences sociales, application à la gérontologie. Les Presses de l'université de Montréal. Montréal. 65-69.

Lepage, M.C., Moisan, J. (1998). Les femmes primipares du Québec et l'allaitement maternel. Diététique en action, 11(3), 12-16.

Lessard, N., Gagné, M. (1996). Résumé de l'analyse des besoins d'enseignement des mères qui quittent à 48 heures et moins en postpartum. CUSE, Pavillon Fleurimont, Sherbrooke.

Levitt, C., Hanvey, D. (1995). Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Santé Canada et Institut Canadien de la Santé Infantile. Ottawa.

Lifelines (AWHONN). (1997). Clinical follow up proving effective for newborn discharge, 19.

L'infirmière Canadienne. (1997). Inquest makes recommendations to prevent newborn dehydration. 93(6), 19.

Littman, H., VanderBrug, Mendendorp S., Gooldfarb, J. (1994). The decision to breastfeed, the importance of father's approval. Clin Pediatr, 214-219.

Lewinski, C. (1992). Nurses knowledge of breastfeeding in clinical setting. J Hum Lact 8(3),143-148.

Losch, M., Claibourne, D., Russell, D., Dusdieker, L. (1995) Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. J Pediatr, 126(4), 507-514.

Lucas, A., Morley, R., Cole, T.J., Lister, G., Leeson-Payne, C. (1992). Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet, 339,261-264.

Macleane, H. (1989). Women's experience of breastfeeding; a much needed perspective. Health Promotion, 3(4), 361-370

Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Gaétan Morin éditeur Ltée.

Meier, P., Brown, L. (1996). State of the science. Breastfeeding for mothers and low birth weight infants. Nursing Clinics of North America, 31(2), 351-362.

Michaels, M. (1993). Breastfeeding promotion in the Utah wic program. J Hum Lact., 9(3), 206-207.

MSSS. (1993). Politique de périnatalité. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (1997). Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Bibliothèque Nationale du Québec, Gouvernement du Québec.

Mitchell, E.A., Scragg, R., Stewart, A.W. (1992). Four modifiable and other risk factors for cot death: the New Zealand study. J Pediatr.Child Health, 28(1), 53-58.

Mongeon, M., Allard, R. (1995). Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement. Can J Public Health, 86(2), 124-127.

Moxley, S., Kennedy, M. (1994). Strategies to support breastfeeding. Can Fam Physician, 40, 1775-1780.

Moxley, S. (1997). Breastfeeding : a course for health professionals. L'infirmière Canadienne, 93(9), 35-38.

Mucchielli, R. (1991). L'analyse de contenu des documents et des communications. Les éditions ESF. 7^{ème} édition, 40-50.

Mulford, C. (1995). Swimming upstream : breastfeeding care in a nonbreastfeeding culture. JOGNN, 24(5), 464-473.

Newman, J. (1996). Decision tree and postpartum management for prevention dehydration in the breastfed baby. J Hum Lact, 12(2), 129-135.

Newman, J. (1997). Les propriétés immunologiques du lait maternel. ORGYN, 2, 28-32.

Norman, R. (1980). Comportement en matière de santé - constatations tirées de la recherche. Promotion de la santé, 25(1), 1-5.

O'Campo, P., Faden, R., Gieden, A., Wang, M. (1992). Prenatal factors associated with breastfeeding duration : recommandations for prenatal interventions. BIRTH, 19(4), 195-201.

O'Leary, Quinn, A., Koepsell, D., Haller, S. (1997). Breastfeeding Incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation. JOGNN, 26(3), 289-294.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, Suisse.

OMS-UNICEF. (1989). Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services de maternité. Déclaration conjointe OMS-UNICEF, Genève.

Patton, C., Beaman, M., Csar, N., Lewinski, C. (1996). Nurses' attitudes and behaviors that promote breastfeeding. J Hum Lact, 12 (2), 111-115

Péladeau, N., Mercier, C. (1993). Approches qualitatives et quantitatives en évaluation de programmes. Sociologie et Sociétés, XXV(2), 111-124.

Perez-Escamilla, R., Pollitt, E., Lonnerdal, B., Dewey, K. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. Am J Public Health, 84(1), 89-97.

Pineault, R., Daveluy, C. (1990). La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies. Éditions Agence d'Arc inc. Montréal.

Quarles, A., Williams, P., Hoyle, D., Brimeyer, M, Williams, A. (1994). Mother's intention, age, education and the duration and management of breastfeeding. Maternal Child Nursing Journal, 22(3), 102-108.

Racette, P. (1996). Le court séjour, une expérience réussie en périnatalité. L'infirmière du Québec, 4(1), 17-24.

Rosenblatt, K., Thomas, D. and the WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. (1993). Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. Int J Epidemiol, 22(2), 192-197.

Rossi, P., Freeman, H. (1993). Evaluation, a systematic approach. Sage publications, 5^{ème} édition.

Samuel, P. (1996). Are you baby friendly ?. Modern Midwife, 6(12), 13-18.

Sciacca, J., Phipps, B., Dubé, D., Ratliff, M. (1995). Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. J Am Diet Assoc, 95(3), 323-328.

Serafino-Cross, P., Donovan, P. (1992). Effectiveness of professional breastfeeding home-support. J of Nut Educ, 117-122.

SGOC. (1996). Durée de séjour en milieu hospitalier après un accouchement. Directives cliniques, 20.

Shrago, L. (1987). Glucose water supplementation of the breastfed infant during the three first days of life. J Hum Lact, 3(3), 82-86.

St-Jacques, A. (1988). L'allaitement maternel, entre l'échec et le succès. Nursing Québec, 8(1), p.29-33.

Tarkka, M.T., Paunonen, M. (1996). Social support provided by nurses to recent mothers on a maternity ward. J Advanced Nursing, 23, 1202-1206.

Valaitis, R., Shea, E. (1993). An evaluation of breastfeeding promotion literature: does it really promote breastfeeding ?. Can J Public Health, 84(1), 24-27.

Van der Maren, J.M. (1991). Méthodes de recherche en éducation. Université de Montréal. Montréal.

Victora, C., Tomasi, E., Ollito, M-T., Barros, F. (1993). Use of pacifiers and breastfeeding duration. Lancet, 341, 404-406.

Walker, M.(1993). A fresh look at the risks of artificial infant feeding. J Hum Lact, 9(2), 97-107.

Wambach, K.(1997). Breastfeeding intention and outcome: a test of the theory of planned behavior. Res Nurs Health 20, 51-59.

Watson-Driscoll, J.(1992). Breastfeeding success and failure; implications for nurses. NAACOG'S Clinical Issues, 3(4), 565-569.

Williams, K. (1996). Breast or bottle, a women's right to choose. Nursing Standard. 10(43), 14-17.

Wilmoth, T. , Elder, J. (1995). An assesment of research on breastfeeding promotion strategies in developping countries. Soc Sci Med, 41(4), 579-594.

Winikoff B., Baer E.C. (1980). The obstetrician's opportunity: translating «breast is best» from theory to practice. Am J Obstet Gynecol, 138, 105-116.

Woolridge, M.(1994). The baby friendly hospital initiative UK. Modern Midwife, 14 (5), 30-33.

Yamauchi, Y., Yamanouchi, I.(1990). The relationship between rooming-in/not and breastfeeding variables. Acta Paediatr Scand, 79: 1017-1022.

Annexe I

Résumé du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981)

RÉSUMÉ DU CODE INTERNATIONAL

Le Code cherche à encourager et à protéger l'allaitement maternel, en réglementant des pratiques commerciales utilisées pour vendre les produits d'alimentation artificielle. Le Code s'applique aux laits industriels et aux autres produits d'alimentation infantile, notamment lorsqu'ils sont présentés comme pouvant être donnés au biberon à des nourrissons de moins de six mois. Le Code s'applique aussi aux biberons et aux tétines.

Le Code établit dix règles importantes

1. Interdiction de faire la **publicité** de ces produits.
2. Interdiction de donner des **échantillons gratuits**
3. Interdiction de promouvoir ces produits dans les **services de santé**, y compris par leur distribution gratuite ou à prix réduit.
4. Interdiction aux représentants des fabricants de **conseiller les mères**.
5. Interdiction de **distribuer cadeaux et échantillons** au personnel de santé.
6. Interdiction d'utiliser **texte ou images** qui idéalisent l'allaitement artificiel ou des images de nourrissons sur les étiquettes.
7. Tout matériel d'information fourni au personnel de santé doit être **objectif et scientifique**.
8. Toute **information** sur l'allaitement artificiel, y compris celle imprimée sur les étiquettes, doit expliquer les **avantages de l'allaitement maternel et les coûts et risques liés à l'utilisation des aliments artificiels**.
9. Interdiction de promouvoir pour l'alimentation des nourrissons des **produits inadaptés** tels que lait concentré sucré.
10. Les fabricants et distributeurs sont tenus de **respecter les dispositions du Code**, même en l'absence de lois ou de règles nationales.

Annexe II

Questionnaire aux intervenantes et intervenants (Automne 1994).



PROGRAMME DE SUPPORT À L'ALLAITEMENT MATERNEL - QUESTIONNAIRE
S'ADRESSANT AUX INTERVENANTS DE L'UNITÉ DE MATERNITÉ

- ❶ Qu'aimerais-tu retrouver à l'intérieur d'un programme de support à l'allaitement maternel?

- ❷ a) Est-ce que les connaissances que tu possèdes semblent suffisantes pour intervenir lors d'une situation problématique reliée à l'allaitement maternel?

- b) Si non, chochez les situations pour lesquelles tu aimerais recevoir des informations supplémentaires:

Hygiène des mamelons:	<input type="checkbox"/>	Mamelons creux ou invaginés:	<input type="checkbox"/>
Mamelons douloureux ou crevassés:	<input type="checkbox"/>	Engorgement:	<input type="checkbox"/>
Canal lactifère bloqué:	<input type="checkbox"/>	Infection du sein:	<input type="checkbox"/>
Fréquence des tétées:	<input type="checkbox"/>	Poussée de croissance:	<input type="checkbox"/>
Le prématuré:	<input type="checkbox"/>	L'ictère:	<input type="checkbox"/>
La mère qui travaille:	<input type="checkbox"/>	Allaitement mixte:	<input type="checkbox"/>
Les jumeaux:	<input type="checkbox"/>	Problèmes de position:	<input type="checkbox"/>
Problèmes de succion:	<input type="checkbox"/>	Le sevrage:	<input type="checkbox"/>
Trop de lait, pas assez de lait:	<input type="checkbox"/>	Extraction manuelle:	<input type="checkbox"/>
Conservation du lait:	<input type="checkbox"/>	Réflexe d'éjection trop fort:	<input type="checkbox"/>
Mère diabétique:	<input type="checkbox"/>		

Autres:

- ❸ Y a-t-il des situations qui vous posent davantage de problèmes ?



PROGRAMME DE SUPPORT À L'ALLAITEMENT MATERNEL - QUESTIONNAIRE
S'ADRESSANT AUX INTERVENANTS EXTERNES (MÉDECINS - CLSC)

- ❶ À l'Hôpital BMP, les clientes choisissent le mode d'alimentation maternelle dans une proportion de 67% (avril 1993). D'après les statistiques provinciales, 30% cessent l'allaitement avant 1 mois et 20% le 2^e mois. À quoi attribuez-vous le plus fréquemment le taux d'abandon ?

- ❷ Tout en respectant le choix de la mère et afin de diminuer le haut taux d'abandon, quelles seraient les mesures préventives à privilégier durant le séjour hospitalier ?

Lors des visites chez le médecin ?

À la maison ?

- ❸ Quelles sont les difficultés reliées à l'allaitement maternel les plus souvent rencontrées à la maison?

- ❹ Avez-vous l'impression que les clientes sont suffisamment informées ? Commentez.

- ❺ Quel est votre plan d'intervention si une cliente vous est référée pour un suivi précoce relié à un problème d'allaitement ?

- ❻ Compte tenu du coût du séjour hospitalier (2-3 jours), quel pourrait être le niveau de collaboration souhaitable entre nos deux services en ce qui concerne la transmission des informations, le suivi etc.?

Commentaires et suggestions:

- ❶ Quelle est votre position par rapport à certains aspects touchant l'allaitement maternel et justifiez ?

	D'accord	Pas d'accord	Justifiez
L'usage de la tétine			
Le supplément de lait			
Sauter des boires la nuit			
Laisser le bébé dormir			
Supplément d'eau			
Contrôler la fréquence des tétées			
Laisser dormir la mère			
Donner toujours les 2 seins			
Vitamine E (mamelons)			
Lécithine (mamelons)			
Lait maternel (mamelons)			
Médication avant le boire pm			
Glace versus l'engorgement			
Chaleur versus l'engorgement			
Glace sur mamelons douloureux avant l'allaitement			
Favoriser la prise de liquide chez la mère			
Restreindre la prise de liquide pendant la montée laiteuse			

- ❷ Tout en respectant le choix de la mère, quelles devraient être les mesures à privilégier durant le séjour à l'hôpital?

Lors des visites chez le médecin ?

À la maison ?

Commentaires et suggestions:

Le comité responsable du programme d'allaitement

(obs\ques-all.mat)

Annexe III

Tableau synthèse des réponses aux questionnaires (Automne 1994).

SYNTHÈSE DES RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES- AUTOMNE 1994

PROBLÈMES RELEVÉS

MÉDECINS DE CLINIQUES PRIVÉES	INTERVENANTES ET INTERVENANTS DU CLSC	PERSONNEL DU DÉPARTEMENT DE MATERNITÉ
<ul style="list-style-type: none">*Fatigue*Douleur aux mamelons*Crevasses*Mastite*Manque de conviction chez la mère*Angoisse maternelle sur la quantité et qualité du lait*Bébé ne passe pas ses nuits*Ligue la leche non accessible*Manque de soutien, d'uniformité, de cohérence, d'informations, de ressources, de suivi	<ul style="list-style-type: none">*Problèmes de mamelons*Bébé affamé*Fatigue*Insécurité face au poids du bébé*Manque de soutien*Information biaisée de l'entourage*Peur de manquer de lait*Bébé pleure beaucoup, ne passe pas ses nuits*Stress de la vie*Manque de soutien pour se libérer pour l'allaitement*Manque de connaissances sur la réalité quotidienne de l'allaitement et l'investissement requis*Mères perfectionnistes qui veulent répondre aux besoins du bébé, mari, maison, société	<ul style="list-style-type: none">*Informations contradictoires*Problèmes de mamelons*Seins gerçés rapidement au bout de 2 jours*Fatigue*Bébé ne veut pas prendre le sein*Mère exaspérée par les tétées fréquentes*Introduction de bouteilles pendant l'allaitement*Divergence d'opinions sur la durée et fréquence des tétées*Manque de soutien*Manque d'uniformité*Manque de conviction chez les mères

SYNTHÈSE DES RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES- AUTOMNE 1994

PISTES DE SOLUTIONS

MÉDECINS DES CLINIQUES PRIVÉES	INTERVENANTES ET INTERVENANTS DU C.L.S.C	PERSONNEL DU DÉPARTEMENT DE MATERNITÉ
<ul style="list-style-type: none"> *Valoriser les capacités de la mères *Informer sur les ressources *Avoir la possibilité de référer *Faire des appels téléphoniques à la mère *Faire des cliniques d'allaitement *Faire de l'enseignement à la mère et au conjoint *Favoriser la cohabitation *Ne pas se présenter comme des professionnels de l'allaitement mais des conseillers *Avoir une meilleure coordination CLSC -hôpital *Dédramatiser et déculpabiliser les mères face à l'ictère et l'allaitement *Dépister les femmes à risque de problématiques d'allaitement et offrir un meilleur soutien *Préparer les mamelons 	<ul style="list-style-type: none"> *Éviter de compliquer par des règles *Éviter les paroles stressantes *Orienter les interventions sur les besoins de la cliente *Valoriser-Encourager *Accompagner les mères dans leur vécu *Encourager la cohabitation *Offrir des groupes de soutien *Dépister les mamelons problématiques dès la visite chez le médecin *Informer les mères autant sur la réalité quotidienne que sur le mécanisme de l'allaitement *Apprendre aux mères à décoder les pleurs du bébé *Ne pas donner de biberon *Préparer les mamelons *Permettre à la mère de vivre une expérience qui répond à son désir et non pas noter la façon scientifique d'allaiter *Favoriser la collaboration interétablissements 	<ul style="list-style-type: none"> *Donner la même information *Respecter le choix des mères *Éviter les réflexions de tout genre devant la mère *Tenir compte de l'individualité de chaque mère et chaque bébé *Élaborer un guide cohérent mais flexible et non extrémiste *Favoriser le contact mère-bébé *Favoriser le repos de la mère *Être à l'écoute *Encourager *Être disponible *Valoriser et soutenir *Augmenter la fréquence des tétées *Diminuer la durée des tétées

Annexe IV

Grille de collecte de données sur l'allaitement lors du séjour hospitalier

Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

ALLAITEMENT MATERNEL

**PROGRAMME DE SOUTIEN
COLLECTE DE DONNÉES**

MOTIVATION: _____

EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE:

Nil ☐

Satisfaisante ☐

Non-satisfaisante ☐

Expliquez: _____

ATTENTES FACE À L'ALLAITEMENT MATERNEL:

À l'hôpital (cohabitation): _____

Au retour à la maison: _____

ÉTAT DES MAMELONS:

Normal ☐

Plats ☐

Invaginés ☐

DATE D'ACCOUCHEMENT: _____

ÉVALUATION DE DÉPART: _____

DATE DE DÉPART: _____

Appels		À ré- férer	À rap- peler	Relance			Init.	Commentaires:
Oui	Non			Date	Terminé			
					Oui	Non		

Annexe V

Questionnaire d'enquête téléphonique (1996)

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE

Bonjour, mon nom est _____, je suis infirmière à l'hôpital BMP. Nous effectuons un sondage sur l'allaitement maternel sur notre territoire, et nous appelons au hasard, des femmes qui ont accouchées dans la dernière année. Vos réponses seront très utiles pour améliorer nos services et cela ne prendra que quelques minutes.

Date d'accouchement: _____

1. Allaitiez-vous encore votre enfant ? oui _____ non _____

2. Qualifieriez vous votre expérience de l'allaitement comme étant:

Très satisfaisante _____

Satisfaisante _____

Peu satisfaisante _____

Pas satisfaisante _____

3. Quels ont été les facteurs qui ont le plus contribué à ce que vous allaitiez ?

4. Avez-vous utilisé les services d'un médecin _____ CLSC _____ Hôpital _____
Info-santé _____ Ligue la leche _____ pour un problème avec votre bébé ? non _____

Si oui quel était le problème?

SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 1 ÉTAIT "NON":

5. Combien de temps avez-vous allaité ? (incluant le séjour à l'hôpital)

_____ semaines (si moins de un mois)

_____ mois

6. Pour quelles raisons avez-vous cessé d'allaiter ?

7. Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à continuer ?

Je vous remercie de votre collaboration.

Annexe VI

Lettre d'autorisation de l'hôpital BMP



Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins Hospital

Le 12 mars 1998

Madame Sylvie Jetté
Infirmière, Pavillon des naissances
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

Objet: Projet de recherche

Madame,

Dans le cadre de votre projet de recherche portant sur l'évaluation de l'influence du programme de promotion et de soutien à l'allaitement sur l'expérience d'allaitement, la présente est pour confirmer notre autorisation pour que vous puissiez:

- ❶ utiliser les différentes données déjà obtenues dans le cadre de notre programme pour des fins de recherche.
- ❷ avoir accès aux dossiers des femmes ayant participé à nos différents modes d'évaluation de processus.

Espérant le tout conforme, veuillez agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Le directeur général,

✓ Mario Cyr

MC/sb